This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

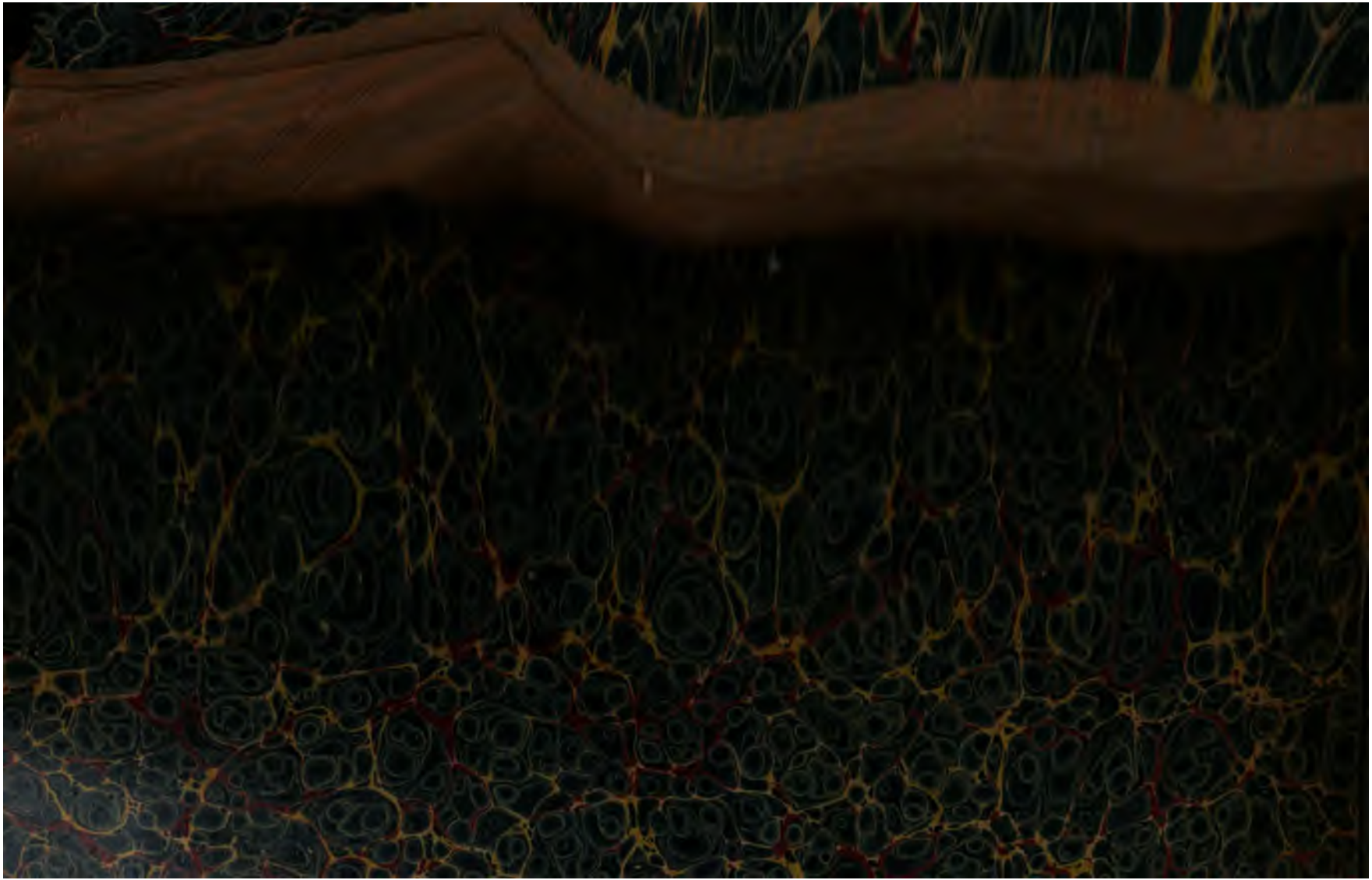
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



A.E.S.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

Prof. Dr. CH. AUDRY in Toulouse, Dr. C. BECK in Budapest,
Dr. TH. BURI in Basel, Dr. E. DELBANCO in Hamburg,
Priv.-Doc. Dr. E. HEUSS in Zürich, Dr. M. HODARA in Constantinopel,
Dr. L. LEISTIKOW in Hamburg, Prof. Dr. V. MIBELLI in Parma,
Dr. H. C. PLAUT in Hamburg

BOSTON MEDICAL
DEC 10 1901
LIBRARY

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND R. TAENZER.

ZWEIUNDDREISSIGSTER BAND.

1901.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 5 TAFELN UND 8 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1901.

BOSTON MEDICAL
APR 26 1902
LIBRARY.

CATALOGUED
APR 26 1902
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

Seite

Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn), von E. Heuss 1. 53
Über den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer), von Josef Sellei 21
*Mitteilung über Ichthargan, von Rietema 27
*Ichthargan und Ichthoform, von P. G. Unna 76
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum, von R. Bergh .. 105
*Erfahrungen über die Wirkung des Protargols bei der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre, von A. Grosglik 114
Über das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde, von M. Pelagatti 169
Über Alopecia praematura (Alopecia seborrhoica, pityrodes s. furfuracea), von S. Behrmann 185
*Oleum terebinthinae rectific. bei Dermatomykosen, speziell bei Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans, von Leonhard Leven 197
Tätowierung und Syphilis, von Hugo Zechmeister 225
Über die Alopecia areata, von V. Mibelli 231
*„Ichthyol“-Eisen und „Ichthyol“-Calcium, von P. G. Unna 235
Nachträgliches und Ergänzendes zu meiner Arbeit „Über die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungskur“, von Kreis 277
Atrophodermia erythematosa maculosa mit excentrischer Verbreitung, von Ludw. Nielsen 285
Replik zu vorstehender Erwiderung Dr. Nielsens, von Heuss 291
*Zur Carcinombehandlung, von P. G. Unna 293
Beitrag zur Radiotherapie der Sykosis hyphogenes, von Hugo Zechmeister .. 329
Zwei vergessene Arbeiten von Giovanni Inzani über die Nervenendigungen in den Epithelien, von J. Pighini 337
*Glasdinte aus Gelanth, von P. G. Unna 343
Histologische Studie über die Wirkung des Chrysarobins in drei Fällen von psoriasisähnlichem seborrhoischen Ekzem. Dritter Teil, von Menahem Hodara 381
Zur Histopathologie der parasitären Melanodermie, von Ch. Audry 394
*Kasuistische Beiträge zu Hautaffektionen nach innerlichem Arsengebrauch, von Stark 397
Über einen interessanten Fall von Naevus papillomatosus universalis. Behandlung mit Thyreoidin, von Cornelius Beck 433
Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis, von Lochte 485. 537. 589
*Zur Desinfektion der Hände, von P. G. Unna 517

Seite

*Eine neue Form des Merkurialexanthems (squamöses, annuläres Merkurialexanthem), von Leonhard Leven 558
*Über die Verwendung des Ichthyol Ammonium purum in der dermatologischen Praxis, von Menahem Hodara 604

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft 200
Gesellschaft der Charitéärzte 200
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft zu Innsbruck 296
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 127. 345. 521
Medizinisch-chirurgische Gesellschaft von Brabant 349
Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland 199. 297
Londoner dermatologische Gesellschaft 297
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau 132. 344. 524
Transactions Louisiana State Medical Society 442

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 28. 201. 349. 405. 443. 561
Dermatologisches Centralblatt 133. 245. 525
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 133. 245. 401
Lepra 207. 448
Monatsberichte für Urologie 299. 526
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates 134. 246
Dermatologische Zeitschrift 134. 356. 565
Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten 408. 569
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 32. 136. 207. 356. 527
Annales des maladies des organes génito-urinaires 137. 247. 357. 529. 570
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 451
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 138. 208. 358. 529. 572
The British Journal of Dermatology 209. 301. 360. 573
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 212. 301. 530. 576
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 405
Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle 139. 214. 304
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 139. 361. 605

Bücherbesprechungen.

Vorlesungen über Bakterien, 8. Aufl., von Du Bary-Migula 34
Der Marquis de Sade und seine Zeit. von Dühren 34
Die Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten, von Fürbringer, Jadassohn, Kümmel, Leser und Rosenstein 35
Zur Geschichte der Prophylaxe, von Goldschmidt 36
Casuistique et diagnostic photographique des Maladies de la Peau, Lfg. 9/10, von Haren Noman 37
Die Syphilis in ihren Beziehungen zum Gehörorgane, von Heermann 37
Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für prakt. Ärzte, 2. Aufl., von Ledermann 38
Rückenmarksschwindsucht. Vorlesungen für Ärzte, von Moczutrowski 39

Seite

Infektionskrankheiten, deren Wege, Verbreitung und Bekämpfung, von Wolff.. 40
Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. (Festschrift gewidmet Herrn Hofrat Dr. Neumann) 78
Medizinal-Kalender für das Jahr 1901 91
Anleitung zur Zahn- und Mundpflege, von Roese 91
Venerische und Hautkrankheiten, von Weiss 92
Die vasomotorisch-trophischen Neurosen, von Cassirer 141
Geschlechtstrieb und Schamgefühl, von Ellis 143
Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, 5. Aufl., von Finger 144
Grundriss der Farbenchemie zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten, von Pappenheim 145
Von Ärzten und Patienten, von Scholz 146
Neue Bahnen im Geschlechtsverkehre, von Schulz 146
Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten, von Blaschko 215
Jahresbericht, 14. Jahrg., 2. Hälfte, von Baumgarten-Tangl 247
Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht, von Rudeck 247
Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung, von Tancum-Joudelowitz. 248
Die Lepra in Ostindien während des 17. und 18. Jahrhunderts, von van Dorssen 305
Das Geschlechtsleben in England mit besonderer Beziehung auf London, I. Teil, von Dühren 305
Handatlas der Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, III. (Schluss-) Abteilung, von Kaposi 306
Bakteriologischer Leitfaden, von Levy und Bruns 307
Ein Besuch auf Molokai, der Insel der Aussätzigen, von Schauinsland 307
Die Haut- und Geschlechtskrankheiten in Marokko, von L. Raynaud 359
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane, von Breda 362
Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen, 2. Ausgabe, von v. Notthaft 363
Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungsbestimmungen in Deutschland und Österreich-Ungarn, von Peiper 363
Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen, von Rohleder .. 363
Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten, von Schaper . 364
Vademecum der chirurgischen Therapie für praktische Ärzte, von Fischer 409
Die sexuelle Osphresiologie, von Hagen 409
Medizinalkalender für 1901, von Börner 410
La cura pratica delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle, von d'Amato .. 452
Précis élémentaire des maladies vénériennes, von Audry 452
Igiene della pelle, von Bellini 452
Die Pellagra, von Babes und Sion 578
Encyklopädie der gesamten Chirurgie 579
Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, 5. Aufl., von Finger 579
Die Samenblasen des Menschen, von Fraenkel 580
Handbuch der Hautkrankheiten, 5. Aufl., von Hyde und Montgomery 607
Die innere Behandlung von Hautleiden, von Jessner 608
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 3. Aufl., II. Teil, von Joseph 609
Manuale der neuen Arzneimittel für Ärzte, Apotheker und Drogisten, 8. Aufl., von Mindes 609
Syphilis und Prostitution, von Prager 606
Diagnose und Behandlung des Ekzems, 2. Aufl., von Robinson 610
Staat und Prostitution, von Schmölder 610
Die Photographie bezw. Mikrophotographie in der ärztlichen Praxis, von Schürmayer 611
Festschrift zu Ehren von Moritz Kaposi 611

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Seite

Schutzprodukte einiger Drüsen und deren direkte und indirekte Wirkung auf die Haut, von R. Campana 80
Wirkung des Pilokarpins auf die glatten Hautmuskeln und die Schweifsabsonderung, von Jacquet 83
Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut, von Bettmann 221
Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut, von Lublinski 222
Über den Bau der menschlichen Hornzelle, von Ludwig Merk 222
Bemerkung über die Haare der Negritos auf den Philippinen, von J. Pohl..... 223
Noch einmal das Wort „elastisch“ in der Bezeichnung eines Gewebes, von Hermann Triepel 223

Mikroskopische Technik.

„Fettkörnchenzellen“ und „Granulalehre“, von Julius Arnold 249
Die vitale Färbung, eine Darstellungsmethode der Zellgranula, von L. Michaelis 249
Über Riesenzellen, von B. H. Buxton 301
Über den Wert allgemeiner Prinzipien beim Studium der mikroskopischen Anatomie, von J. Macleod 361

Bakteriologie.

Zur Immunität der Schweifsdrüsen gegen Eiterkokken, von Finger 81
Besonderer Apparat und entsprechende Methode zur Erhaltung einiger pathogener Hyphomyceten in Reinkultur, von Reale 242
Experimenteller Beitrag zur Biologie des Trichophyton tonsurans und desAchorion Schönleinii, von Calderone 243
Züchtung der Gonokokken auf einfachen Nährböden, von Thalmann 250
Zur Pathogenität des Staphylococcus quadrigeminus Czaplewski, von Kieseritzky 250
Kulturen der Ektothrixform des Trichophytonpilzes, von Bunch 297
Untersuchungen über die Kultur des Ducreyschen Bacillus, von F. Bezançon, V. Griffon und L. Le Sourd 356
Versuche einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokken, nebst Bemerkungen über eine wissenschaftliche Klassifikation der Kokken im allgemeinen, von Louis Moberg und P. G. Unna 358
Über den Ducreyschen Bacillus und den „humanisierten Nährboden“, von Lenglet 527

Hygiene.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien, von Tommasoli 138
Wie schützt man sich vor geschlechtlichen Erkrankungen? von M. Bernstein. 251
Zur Statistik der geschlechtlichen Infektionskrankheiten in der Charité, von H. Schaper 251
Zur Verbesserung der sanitären Prostituiertenkontrolle, von A. Neisser 252
Desinfektion und Krankheitsverhütung, von S. C. Martin jr. 409
Einfluſs der internationalen Ausstellungen auf den Gesundheitszustand der Prostituierten in Paris, von L. Butte 452

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Beitrag zum Studium verschiedener Arten von lokaler Proliferation bei infektiösen Hautkrankheiten, von Hallopeau 82
Wege der Verteidigung der Haut gegen Autointoxikation, von Nékám 86
Über die Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber Infektionen durch Erkrankungen der Haut und der Harnwege, von Notthafft.. 86
Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Meralgia paraesthetica, von Schlesinger 89

Seite

Die Wirkung der Schilddrüse beim Menschen und einigen Tieren; ihre Beziehungen zur Haut, von Consorti 242
Die Resistenz der roten Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten und einigen Experimenten, bei denen sogenannte Schutzsekrete zur Wirkung kommen (Schilddrüse, Nebennieren, Hoden), von Cenci 245
Über das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in Tumoren, von F. Feldbausch 252
Über die bei der mit Vaccine ausgeführten Hornhautimpfung vorkommenden Zelleinschlüsse und über deren Beziehungen zu Zellinklusionen der bösartigen Geschwülste, von C. Gorini 252
Hautkrankheiten als Komplikationen der sommerlichen Gastrointestinalkatarrhe der Kinder, von J. F. Schamberg 253
Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms (Hereditätsverhältnisse und Hautveränderungen), von E. Hollaender 253
Eine makro- und mikrochemische Reaktion der Fettgewebsnekrose, von C. Benda 253
Die histologischen Veränderungen und die semiologische Bedeutung der Hauthagaden, von Matteucci 254
Über die Hauttransplantionen. Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der vom Organismus losgetrennten Hautelemente, von Pezzolini ... 254
Über Veränderungen im menschlichen Muskel nach Kalomelinjektionen, von V. Allgeyer 349
Über die Hautveränderungen bei Typhus abdominalis, von A. Sibirsky 403
Über die im menschlichen Muskelgewebe durch die Kalomelinjektionen erzeugten Veränderungen, von V. Allgeyer 606

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Zur allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten, von Manassein 85
Weitere Beiträge zur Radiotherapie, von Schiff und Freund 88
Bedeutung und Ziele des dermatologischen Unterrichts, von Rille 88
Die Elektrotherapie in der Dermatologie, von Winkler 91
Intoxikation mit Sulfonsalbe, von Hallopeau 128
Röntgenaufnahmen, von Irjisch 132
Praktische Zungenspatel und Rachentupfer, von R. Brüggemann 133
Versuche mit Jodosolvin, von Wunder 136
Die gegenwärtige Dermatotherapie und das Jodoformogen, von Salterini 214
Die allgemeine Hautpflege vom prophylaktischen Standpunkte aus betrachtet, von All. Jamieson 254
Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder 255
Über Luftbäder, von Friedr. Keller 255
Über die Bedeutung des Guberwassers in der Therapie der Hautkrankheiten, von Leopold Glueck 255
Indikationen zur Behandlung chronischer Dermatosen und Syphilisformen mit den Thermalquellen von Ilidze, von Rudolf Matzenauer 256
Ein Vortrag über die Behandlung einiger der häufigeren Hautkrankheiten, von P. S. Abraham 256
Die Elektricität bei Hautkrankheiten, von Foveau de Courmelles 256
Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von Josef Jutassy 257
Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut und über ihre therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten, von Scholtz 257
Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung, von E. Schiff und L. Freund 257
Die Lichtbehandlung in der Dermatotherapie, von H. W. Stelwagon 258
Der jetzige Standpunkt des Lichtheilverfahrens und Beitrag zur Wirkung elektrischer Lichtbäder, von Max Helm 258
Hautkrankheiten bei Morbus Brightii, von H. Thursfield 258
Die Verwertung der Hydrotherapie bei der Behandlung der Syphilis und Blennorrhoe, von S. Munter 259
Über Salbenpflaster (Mollplaste), von C. Dieterich 259
Ein altes Präparat: der Liquor für die mit Krankheit der Kopfhaut Behafteten (la liqueur des teigneux), von Liégois 259
Der Gebrauch von „Saw Palmetto“ bei Geschlechts- und Hautkrankheiten, von Walter P. Ellis 260

Seite

Über den Wert des Tuberkulins für die Diagnose und Therapie, von T. Mc Call Anderson ... 260
Das Formalin in der Pflege der Füße beim Infanteristen, von G. Fischer ... 260
Ichthyol und dessen Verwendung bei einigen Hautkrankheiten, von A. Brownlie 261
Über den Wert des Aristols, von J. Moir ... 261
Die therapeutischen Erfolge mit „Unguentum argenti colloidalis Credé", von Wilhelm Strohmayer ... 261
Antinosin bei Hauttransplantationen, von R. F. Amyx ... 262
Über Anwendung des Epicarin in der Behandlung von Hautkrankheiten, von J. H. Rille ... 262
Über die Anwendung des Epicarins bei einigen Hautaffektionen der Kinder, von Eduard Kraus ... 262
Kurze dermatotherapeutische Mitteilungen: Erfahrungen mit Ichthalbin, von F. Siebert ... 262
Über die therapeutische Verwendung des Jodipin, von Sessous ... 262
Über Jodipin, von Max Klar ... 262
Erfahrungen mit Dr. C. L. Schleichs Marmorstaubseife, von Ernst Fuchsig ... 262
Der Wert des Naftalans in der Therapie, von A. Klug ... 263
Über die Bestandteile des ostindischen Sandelölholzes, von H. v. Soden ... 263
Darstellung einer gelatineartigen festen Seife, von Jul. Stockhausen ... 263
Über Sapodermin, von P. Meissner ... 263
Über Sapolan, von Fritz Lesser ... 264
Über den therapeutischen Wert des Urotropin, von Emil Suppan ... 264
Über Viscin und dessen therapeutische Verwendung, von Riehl ... 264
Yohimbin (Spiegel), ein neues Aphrodisiacum ... 265
Rezepte, Haarpomaden, Coldcreams, Honig-Glycerin-Gelée, Gileadbalsam ... 265
Olivenharzpomade, Eau de Quinini, Cydonia Crême, Haarpomaden ... 266
Lokale Störungen nach Anwendung der Röntgenstrahlen, von Fournier und Barthélemy ... 347
Formalin in der Behandlung der Seborrhoe, der Hyperhydrosis und des Carcinoms, von A. Ravogli ... 407
Röntgenstrahlen zur Behandlung von Hautkrankheiten und zur Enthaarung, von Wm. Allen Pusey ... 409
Klinische Untersuchungen über Euguform, von F. Ciesielski ... 525
Die Desinfektionsfrage in der Urologie und Chirurgie, von Richard Leeb ... 526
Über die angebliche Flüchtigkeit des Kalomels bei normaler Temperatur des menschlichen Körpers, von Simonelli ... 606
Die Phototherapie von Finsen, von W. Bie ... 607

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Über einen eigentümlichen Fall von Dermographismus, von J. Fabry ... 32
Akut verlaufende Urticaria mit lichenoider Veränderung der Haut, von Du Castel 128
Purpura nervösen Ursprungs, von Du Castel ... 238
Ein Fall von diffusem chronischen Hautödem, von Heinrich Rosin ... 267
Diffuses chronisches Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes, von W. Lublinski 267
Die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht, von M. L. H. S. Menlo ... 267
Ein Urticariaanfall in den Tropen, angioneurotisches Ödem vortäuschend, von S. Green ... 267
Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit, von Lippmann ... 268
Beitrag zur Purpura haemorrhagica, von Nehrkorn ... 268
Ein eigentümlicher Fall von Purpura, von H. W. Spaight ... 268
Ein Fall von Purpura rheumatica, von A. Bliss ... 269
Purpura rheumatica und Angina, von Alfred Bruch ... 269
Ein eigenartiger Fall von Purpura rheumatica, von Edel ... 269
Ein Fall von intensivem Ausschlag bei einem Kinde mit Typhus abdominalis, von A. Maude ... 270

Seite

Über Roseola typhosa, von Eug. Fraenkel ... 270
Zur Kasuistik der Hautausschläge bei Typhus recurrens, von Lurji ... 270
Eine neue Erkrankung mit spezifischer Urinreaktion, von N. F. Surveyor ... 271
Ein Beitrag zur Kenntnis der Terpentinölwirkung, von H. Schulz ... 271
Urticaria papulosa, von G. Little ... 298
Urticaria pigmentosa, von Chlebnikow ... 344
Purpura haemorrhagica mit Calciumchlorid behandelt, von Anstruther Davidson 406
Urticaria infolge des Gebrauchs von Formalin ... 576

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Ein Fall von Jododerma tuberculosum, von Jesionek ... 84
Primeldermatitis, von Wolters ... 270
Der eingewachsene Nagel, von Rud. Oehler ... 271
Der Schreck als Todesursache bei Kindern mit leichten Verbrennungen, von Cioffi ... 271
Mittel gegen aufgesprungene Hände ... 272
Beitrag zu dem Kapitel der Hautverbrennung durch Röntgenstrahlen, von Deutschländer ... 272
Fall von Augenerkrankung durch Primula sinensis, von Peters ... 272
Über Hautentzündung durch Primelgift (Dermatitis e Primula obconica Hauce), von Pixa ... 272
Ätiologie der Dermatitis der Seidenspinnerinnen, von Vallin ... 273
Hautausschlag nach Krotonöl, von Urquhart ... 273
Über Gangrän infolge von Anwendung verdünnter Karbollösungen, von F. B. Harrington ... 273
Über schwere Formen von Merkurialexanthemen, von Alfred Berliner ... 355
Bromoformausschlag, von H. Gaucher ... 523
Ein Fall von Salipyrinintoxikation, von Alfred Bruck ... 525
Die Wirkungen des Arsens auf die Haut, wie sie bei der jüngsten epidemischen Biervergiftung zur Beobachtung gelangt ist, von H. G. Brooke und Leslie Roberts ... 574
Hauterscheinungen infolge des Genusses von arsenikhaltigem Bier, von F. H. Barendt ... 575

II. Neurotische.

Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster, von W. Kopytowski ... 29
Papilloma neurotico-zosteriforme bilaterale der Unterextremitäten, von De Amicis 79
Gangrän der Finger bei einem Dementen, von Du Castel ... 238
Raynaudsche Krankheit, von Du Castel ... 238
Raynaudsche Krankheit, von Fournier und Sabaréanu ... 239
Der Herpes zoster beim Kinde, von A. Provins ... 273
Recidive des Herpes zoster, von Dubreuilh ... 274
Osteomyelitis, von Schelkau ... 345
Trophische Störungen der Füße; ein Fall von asymmetrischer Sklerodaktylie mit Raynaudschen Erscheinungen, von F. P. Weber ... 360
Gangraena cutis hysterica, von Ribalkin ... 569

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der akuten Exantheme, von Siegel 274
Über die Verwechselung zweier verschiedener Krankheiten unter dem Namen Rubella (Röteln), von C. Dukes ... 274
„Die vierte Krankheit" ... 275
Masern, Röteln und die „vierte Krankheit", von R. Craik ... 275

Seite

Zur Verwechselung von zwei verschiedenen Krankheiten unter der Bezeichnung Rubella (Rubeola, Rose Rash), von C. Dukes ... 275
Die behauptete Existenz einer vierten Krankheit, von R. L. Romer und W. Kidd 275
Über den Scharlachspitaldienst in New York-Stadt von 1893 bis 1899 incl., von Will. Somerset ... 276
Scharlachfieber, von W. E. Shepherd ... 307
Über einen konstanten Bakterienbefund bei Scharlach, von Adolf Baginsky und Paul Sommerfeld ... 308
Die Ätiologie des Scharlachs, von W. Class ... 309
Blutuntersuchungen bei Scharlach, von Johann Baptist Anton Marie van der Berg ... 309
Über einige Erscheinungen bei schwerem Scharlach, speziell in den oberen Luftwegen, von E. Kronenberg ... 310
Scharlachfieber ohne Exanthem, von H. W. Irvine ... 310
Polymorphie der Scharlachanginen, von Variot und Devé ... 310
Ein ungewöhnlicher Fall von Scharlach, von A. J. R. Oxley ... 310
Über einen mit Scarlatina komplizierten Fall von Typhus, von Dubois-Havenith 310
Ein Beitrag zur Kenntnis des Scharlachs und der Masern, von Jaroslav Elgart 311
Ist es möglich, die Sterblichkeit infolge von Masern durch gesetzliche Maßnahmen zu verhindern? von Bruggen ... 311
Die Desinfektion bei den Masern, von Vallin ... 311
Über die Entwickelung der Varicellen, von Pienne Merklen ... 312
Die Masern in den Kinderkrippen, von Beluze ... 312
Über die Abnahme der Leukocyten im Blute bei Masern, von Caccia ... 312
Über einen Fall von Masern kombiniert mit Pemphigus acutus, von Haeubler. 312
Ein Fall von Varicella maligna, von Friedmann ... 312
Sekundäre Exantheme bei Varicellen, von Léon Cerf ... 313
Bemerkungen über das Alter der Pockenkenntnis in Indien und China, von Johannes Orth ... 313
Variola und Phthisis, von Sewer-Sterling ... 314
Leukocytose bei Variola, von Emile Weil ... 314
Ein Fall von Pocken während der Schwangerschaft, von A. D. Roberts ... 314
Über die Behandlung der Variola, von Courtois ... 314
Salol Variola, von Ch. Berg ... 315
Bericht über die im Jahre 1899 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von L. Voigt ... 315
Die neuen Bestimmungen zur Ausführung des Reichsimpfgesetzes vom 28. Februar 1900, von Risel ... 315
Die Pilger und die Vaccination ... 316
Über Impfausschläge, von Jac. Sobel ... 316
Impetigo nach Schutzpockenimpfung, von J. J. Harding ... 317
Ein Fall von Vaccineerkrankung des Auges, von Laqueur ... 317
Vaccineinfektion an den Lippen, von Alfred Jungmann ... 317
Über die Ursachen der Abschwächung der Kuhpockenlymphe in den heißen Ländern, und wie man derselben vorbeugen kann, von Hervieux ... 317
Über das Altwerden der Glycerinimpfpulpe, von Boisson ... 318
Über die Wirksamkeit der veralteten, mit Glycerin zubereiteten Impfpulpe, von Boisson ... 318
Zur Bakteriologie der Lymphe, von Czaplewski ... 318
Die Mikroorganismen des Vaccinematerials, von J. B. Buist ... 318
Nachtrag zu meiner Arbeit „Bacillus variabilis lymphae vaccinalis, ein neuer, konstant in Vaccinepusteln vorkommender Bacillus", von K. Nakanishi ... 319
Über den von Nakanishi aus Vaccinepusteln gezüchteten neuen Bacillus, von Martin Fischer ... 319
Die Prophylaxe der Pocken, von S. C. Martin ... 406
Variola, von F. J. Mayer ... 442
Neuere Geschichte betreffs Pocken in New Orleans, von O. Kohnke ... 442
Erfolgreiche Behandlung der Pocken, von V. Lehmann ... 442
Verbesserte Methode der Impfung; Vaccinois, von V. Lehmann ... 442
Masern und Pocken bei Kindern, von E. M. Dupaquier ... 442
Ein Fall von Scharlach und Pemphigus, von E. Vollmer ... 5$_{68}$

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Seite

Die Immunität und die Chemotaxis gegenüber Lepra bei den Tieren und direkte Versuche zur Aufhebung derselben, von N. La Mensa 141
Lepra, von Abraham 199
Über Züchtungsversuche des Leprabacillus und über sogenanntes „Leprin", von W. Scholtz und V. Klingmüller 207
Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica, von Oskar Woit 207
Lepra in Neu-Süd-Wales, von J. A. Thompson 319
Das Aussätzigenasyl der Brüdergemeinde in Jerusalem 319
Ursprung und Infektionsarten der Lepra, von P. A. Morrow 319
Die Lepra betrachtet hinsichtlich der Kontagiosität und der Behandlung, von Dom Lauten 319
Über die histologische Veränderung des Muskelgewebes bei der Lepra und eine besondere Wucherung und Hyperchromatose der Muskelkerne, von Akira Fujinami 320
Über die Sekundärinfektion der Leprakranken, von C. Brutzer 320
Periostitis bei Lepra, von de la Camp 320
Zur pathologischen Anatomie der Augenlepra, von E. Franke und E. Delbanco 321
Über die Anwendung des Giftes der Klapperschlange bei Lepra, von Marcoudes de Morera 323
Über die Behandlung der Lepra durch das Gift der Klapperschlange, von L. Lewis 323
Lepra des Auges, von Galezowsky 348
Ein Fall von Lepra tuberosa; Behandlung mit Chaulmoograsöl; sehr rasche Besserung, von A. Brousse und Vires 448
Über das Problem der Heilbarksit der Lepra, von Ehlers 448
Über die Anwendung des Guberwassers in der Behandlung der Lepra, von Leopold Glück 448
Die Prophylaxe und Kontrolle der Lepra in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, von A. Morrow 449
Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica, von Oscar Woit 450
Die Behandlung der Lepra mit Quecksilber, von L Glück 451
Die Lepra in Dalmatien, von Ehlers 451
Eine weifse Frau, die in San Francisco an Lepra erkrankt ist, von Douglas W. Montgomery 451
Verschiedene Hauterscheinungen der Lepra, von Hallopeau 522
Ein Fall von Lepra, von Schtschokin 569
Ein Fall von Lepra, von L. Fuchs 569

β. Tuberkulose.

Ulceröse und vegetierende Hauttuberkulose nach einem Trauma, von Du Castel 128
Fall von Tuberculosis cutis verrucosa, von Sakrepa 132
Lupus vulgaris, von Lesser 200
Resorption lupöser Produkte unter Pockeneinfluſs, von R. Bernhardt 202
Ein Fall von Vorhauttuberkulose infolge ritueller Circumcision, von R. Bernhardt 208
Ein Fall von Vereinigung der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose bei einem Individuum, von Brusse und Ardin 208
Behandlung der weitverbreiteten Tuberkulide mit Kollodium, von Balzer und Alquier 339
Zwei Fälle von Tuberkuliden, von C. Fox 298
Tuberkulide oder Lichen scrophulosorum, von Brigle 298
Lupus, von M. Wolters 323
Über einen Fall von Lupus vulgaris, von Pellizzari 324
Fall von Tuberkulose in Brandwunden, von Ivar Bagge 334
Tuberkulose der Haut, von M. Wolters 325
Die Exstirpation des Lupus 325
Ergebnisse der chirurgisch-plastischen, sowie anderer Methoden der aktuellen Lupustherapie, von G. Nobl 325

Seite

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit konzentrierten Lichtstrahlen, von Niels R. Finsen ... 326
Zwei mit Röntgenstrahlen behandelte Lupuskranke, von Grouven ... 337
Beitrag zur Behandlung des Lupus mittelst heifser Luft nach Hollaender; über einen handlichen Apparat dazu, von Werther ... 327
Tuberculosis cutis verrucosa, von Sakrepa ... 345
Agminierte Tuberkulide, von Hallopeau ... 347
Über einen Fall eines primären tuberkulösen Hautgeschwürs am Penis, von M. A. Tschlenoff ... 350
Lupus vom klinischen Standpunkt, von S. C. Martin ... 407
Behandlung des Lupus vulgaris mit Kalium permanganicum, von L. Butte ... 451
Einfluſs eines auf das Gesicht beschränkten Erysipels auf lupöse Ulcerationen des Gesichts und der Gliedmaſsen, von Hallopeau ... 522
Behandlung des Lupus mit Kalium permanganicum, von Hallopeau ... 522
Lupus vaccinalis, von E, G. Little ... 573

γ. *Syphilis.*

Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen, von E. Welander ... 31
Zur Frühbehandlung der Syphilis, von Caspary ... 80
Zur Klinik des syphilitischen Milztumors, von Chamaïdes ... 80
Ein Fall von Pancreatitis luetica, von Chrzelitzer ... 80
Das Jodalbacid und seine Verwendbarkeit in der Syphilistherapie. von L. Geyler ... 82
Zur Kenntnis der Kehlkopfsyphilis, von Glück und Kobler ... 82
Über Reinfektion bei Syphilis, von Haslund ... 83
Die hereditäre Nasensyphilis der Neugeborenen und Säuglinge, von Hochsinger ... 83
Kurze Bemerkung über zwei Fälle von Syphilis d'emblée ohne Initialsklerose, von Jullien ... 84
Über die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungskur, von Kreis ... 84
Zur Statistik der tertiären Syphilis, von V. Lion ... 84
Die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiodee der Syphilis, von Lochte und Thost ... 84
Kritisches und Eigenes zur Behandlung der Syphilis, von G. J. Müller ... 86
Syphilidologische Beiträge, von Neuhaus ... 86
Zur hypodermischen Jodtherapie luetischer Spätformen, von Nobl ... 86
Fall von hereditären und erworbenen Syphilissymptomen bei demselben Individuum, von Petrini de Galatz ... 87
Die Streptosyphilis, von Raymond ... 88
Die Excision der Sklerose, von Rosenthal ... 88
Über Reinfectio syphilitica, von Bernhard Schulze ... 89
Merkureinreibungen und Merkureinatmungen, von Schuster ... 89
Über Phlebitis syphilitica secundaria praecox, von Thibierge ... 89
Die Syphilis und der Niedergang des 17. Jahrhunderts, von Tommasoli ... 89
Einige Worte über die Mercolintschürze, von Welander ... 91
Pemphigus syphiliticus, von Renault ... 128
Persistierende Syphilide der Plantarregion, von Hallopeau und Trastour ... 131
Schwerer Fall von Syphilis, von Blagowolin ... 132
Schwere gummös-syphilitische Erscheinungen, von Ustinoff ... 132
Über Nierensyphilis, von J. J. Karvonen ... 135
Heredosyphilis des Rückenmarks; Meningo-Myelitis chronica Typus Erb, von Paul Caziot ... 136
Tuberkulose und Syphilis, von S. Bernheim ... 139
Über einige funktionelle Störungen des Kehlkopfes bei der tertiären Lues dieses Organes, von Masini ... 139
Über einen Fall von disseminierter Sklerose des Rückenmarkes infolge von Lues, von Bernardelli ... 140
Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der frischen Syphilis, von F. Radaeli 140
Psorasis oder Syphilis, von Endowes ... 200
Kind mit acquirierter Syphilis, von Pernet ... 200
Über meine Methode der Behandlung des Syphiloms im Initialstadium, von Leone Levi ... 204
Einige Bemerkungen zu Jordans Aufsatz über Syphilisbehandlung mit Merkuriol, von G. Åman ... 206

Seite

Durch interkurrierende Variola verschlimmerte Syphilis, von Du Castel 338
Heredosyphilitische Mifsbildung des Ohres, von Fournier und Detot 239
Hereditäre Syphilis und plötzlicher Tod, von Gastou 239
Tertiäres phagedänisches Geschwür des Penis bei einem hereditären Syphilitiker, von Edm. Fournier 240
Hutchinsonsche Stigmata auf den Milchschneidezähnen, von E. Fournier 240
Die Autoserotherapie der Syphilis und die Immunität gegenüber dem syphilitischen Virus, von L. Levi 242
Zwei Fälle von apoplektiformer Hirnsyphilis, von Montesano 244
Über einen Fall von Syphiloderma noduloulcerans, von Serra 245
Ein Fall von Cystitis luetica, von Chrzelitzer 245
Roseola tardiva syphilitica, von Rille 296
Spätere Symptome kongenitaler Syphilis, von G. Pernet 298
Hereditäre Lues mit pseudolupösen Formen, von Du Castel 346
Syphilitische oder tuberkulöse Läsionen des Armes und der Brustdrüse, von Du Castel 346
Tabes dorsalis mit auf hereditäre Lues zurückzuführende Veränderungen an den Zähnen, von Hallopeau und Lemierre 347
Läsionen der Kieferknochen und der Zähne bei der hereditären Lues, von Moly 348
Plötzlicher Tod von hereditären Syphilitikern im Kindesalter, von Fournier .. 348
Syphilis und Empfängnis, von Fournier 348
Demonstrationen über die Unterscheidung zwischen Syphilis und Hautkrankheiten, von O. Lassar 356
Geschichte und allgemeine Pathologie der Syphilis, von E. Lesser 365
Die Erscheinungen der Syphilis, von O. Bruhns 365
Syphilis ung ihre Beziehungen zu gleichzeitig vorhandenen Infektionskrankheiten, von A. Neisser 366
Fiebersteigerungen bei Syphilis, von P. W. Blassett-Smitz 367
Virchows „Vita major“ und das Merkur in der Syphilis, von E. Below 367
Über den Zusammenhang klinischer Symptome mit den durch das Syphiliskontagium gesetzten Gewebsveränderung, von E. Lang und C. Ullman ... 368
Syphilis maligna praecox, von H. M. Christian 369
Hämatologische Untersuchungen, von Ernest Bucker 369
Die Justussche Probe bei Syphilis; Anwendung derselben bei 29 Fällen, von H. M. Christian und O. H. Foerster 370
Die Lostorferschen Körperchen im Blute Syphilitischer, von V. Neudörfer 370
Syphilis der Grofstochter, von Pospelow 370
In welchem Alter acquiriert man die Syphilis? von E. Fournier 371
Einiges über Syphiliskontagium und Syphilistherapie, von Eduard Lang 371
Über Pflege und Lebensweise syphilitisch Infizierter, von Reinhold Ledermann 372
Untersuchungen über den Stoffwechsel bei frischer Syphilis, von F. Radaeli ... 373
Zur Pathologie der Initialsklerose, von S. Ehrmann 373
Ein Fall von extragenitalem Primäraffekt des Augenlides bei einem Kinde, von C. H. Whiteford 373
Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis in der zweiten Generation, von Edmund Fournier 374
Multiple kongenitale Mifsbildungen des Herzens, wahrscheinlich hereditär syphilischen Ursprungs, von Moncorvo 374
Die Schädeldecke eines Idioten, der an Lues hereditaria tarda gelitten hatte, von Kellner 375
Die Epiphysentrennung syphilischer Neugeborener (Parrotsche Krankheit), von Marcel Labbé 375
Syphilis einiger innerer Organe, von Gerhardt 376
Über Leukoderma syphiliticum, von J. H. Rille 377
Über die histologische Differentialdiagnose zwischen den tuberkulösen und syphilitischen Prozessen, speziell zwischen tuberkulöser und gummöser Orchitis, von P. Baumgarten 377
Die atypischen Syphilisformen, von W. Tarnowsky 404
Die Verändesungen der Schilddrüse bei Syphilitikern während der zweiten Inkubationsdauer und zur Zeit der Eruption, von A. Poltawzew 404
Die Blutveränderungen in der Spätperiode der Syphilis, von M. Smirjagin 405
Über einen Antagonismus zwischen der Haut und der Schleimhaut von Mund und Rachen im Verlaufe der sekundären Syphilis, von Al. Renault 405

Seite

Syphilitische Anämie, von Walter Urban Kennedy ... 406
Bemerkungen über primäre und sekundäre Syphilis und die Anwendung des Quecksilbers, von David Lieberthal ... 408
Ein Beitrag zur Frage der Entstehung einer akuten Nephritis bei Sekundärsyphilis (Nephritis syphilitica praecox), von Abraham Stepler ... 410
Die Syphilis der Leber, von Julian Marcuse ... 419
Syphilitische Cirrhose, von Menétrier ... 411
Über die Darmsyphilis, von Fournier ... 411
Syphilis mit gummöser Affektion des Magens und Darms, sowie der Lungen bei einem 51jährigen Manne, von Alexander Scheib ... 411
Über Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der Syphilis und der Blennorrhoe, von O. Rosenthal ... 412
Die Diagnose der Entzündung des Antrum maxillare und dessen Gaumen, von Lubet und Furet ... 413
Vaginalsyphilis, von Rille ... 414
Uterussyphilis, von Rille ... 414
Einige Beobachtungen über syphilitische Erscheinungen in dem Uvealtrakt = Iris, Ciliarkörper und Chorioidea, von P. Turner Vaughan ... 414
Einige Beobachtungen über syphilitische Erfahrungen am Nervus opticus und an der Retina, Entzündungserscheinungen von P. Turner Vaughan ... 415
Ein Fall von Sarkom der Chorioidea bei einem Syphilitischen, von H. Post ... 416
Neurasthenie und Syphilis, von Kiernan ... 416
Syphilis des Gehirns, von J. T. Estridge ... 416
Syphilis des Gehirns, von James Taylor ... 417
Zwei Fälle von Syphilis des Centralnervensystems, von Mark Bermann ... 418
Ein Fall von syphilitischer Meningitis mit temporaler Hemianopsie und vorübergehender totaler Amaurose, von Knotz ... 418
Zwei Fälle von postsyphilitischer Demenz, von Krauss ... 419
Die klinischen Formen und pathologische Anatomie der Rückenmarkssyphilis, von R. T. Williamson ... 419
Uber die Beziehungen der Syphilis zur Tabes dorsalis und zur Paralysis progressiva, von Mark Bermann ... 420
Frauenasyle, von J. J. Loblowitz ... 420
Zungenspatel und Syphilisprophylaxe, von Georges Baudouin ... 421
Zahnärztliche Hülfe bei der Behandlung der Syphilis, von Bruneau ... 421
Die Behandlung der Syphilis, von H. Plummer ... 421
Die Behandlung der Syphilis, von H. Bruhns ... 421
Die heutige Behandlung der Syphilis, von Jonathan Hutchinson ... 422
Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektion einer Merkurialsalbe, von H. Fosberg ... 422
Merkuriol bei Syphilis, von Walker Hall ... 422
Die Quinquaudsche Kur (Kalomeldauerpflaster) bei der Syphilis dos Kindes, von H. Gillet ... 423
Die Anwendung des Jod in der Syphilistherapie, von P. Meissner ... 423
Über die Jodbehandlung bei Syphilis, von Lilienthal ... 423
Beitrag zur örtlichen Behandlung der Syphilis ulcerosa, von J. Müller ... 423
Syphilis der Enkelin, von A. J. Pospelow ... 423
Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten, von Magnus Möller ... 444
Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere. von G. Hügel und K. Holzhäuser 445
Störungen des Sehnervs bei der Syphilis, von Galezowski ... 521
Leukoplakia lingualis im Verlaufe einer konzeptionellen Syphilis, von Gaucher und Barbe ... 523
Eine Alopecia areata vortäuschende Kahlheit bei einem Syphilitiker, von Renault 523
Fälle von hereditärer Syphilis, von Blagowolin ... 524
Osteomyelitis syphilitica, von Sakrepa ... 524
Das Verhalten der Pupillen bei erworbener Syphilis, von Sulzer ... 528
Über die Giftigkeit des Harnes und die Durchlässigkeit der Nieren während der Syphilis, von Soual ... 529
Über die Steigerung des Verhältnisses der Chlorüre zum Harnstoff im Harn Syphilitischer, von Soual ... 530
Quaddelartige Syphilide, von H. Klotz ... 531
Die Syphilis und ihre Komplikationen, von L. Duncan Bulkley ... 530

Seite

Ein ungewöhnliches Syphilisphänomen, von Joseph Zeisler ... 531
Über einige Indikationen zur Erneuerung der antisyphilitischen Behandlung, von Jacob Halpern ... 562
Beiträge zur Pathologie der Lues, von Boegehold ... 563
Behandlung der Syphilis mit spezifischem Serum, von Eduard Moore ... 566
Diplococcus albus im Blute Syphilitischer, von Jonathan Paulsen ... 567
Über die Bedeutung und den praktischen Wert der Luesbehandlung in Kurorten, von E. Morgenstern ... 568
Über die Syphilisüberimpfung auf junge Schweine, von Goljachowsky ... 569
Die Veränderungen in der Schilddrüse bei Syphilitikern während der zweiten Inkubations- und der Eruptionszeit, von A. Poltawzew ... 569
Die Blutveränderungen in der Spätperiode der Syphilis, von M. Smirjagin ... 569
Syphilis hereditaria. — Hutchinsonsche Zähne, von Henri Rodier ... 572
Ein Fall von „Rash préroséolique" der Syphilis, von Audry und Laurent ... 573
Kritische Durchsicht der Litteratur über die gummöse Erkrankung des Samenstranges, von H. Goldenberg ... 576
Ein Fall von Syphilis maligna, geheilt mit Zittmannschem Dekokt, von G. Mac Gowan ... 577

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Favus bei Neugeborenen, von Felix Schleissner ... 31
Über die Bedeutung pathologischer Einflüsse für die Nummularisation des Ekzems, von Brocq ... 32
Ein Fall von Pityriasis rubra chronica gravis, Typus Hebra, von Paul Jourdanet 33
Prädisposition und Diathese beim Ekzem, von E. Besnier ... 79
Histologischer Befund einer neuen (framboesiformen) Varietät des Erythema exsudativum, von A. Breda ... 79
Methylenblau gegen Ekzem, von L. Brocq ... 79
Zur Kenntnis der sogenannten Holzphlegmone, von Chiari ... 80
Beitrag zum Studium der Trichomykosis palmelina Pick, von Colombini ... 80
Beziehung der Dermatitis herpetiformis zu anderen bullösen Ausschlägen, von Ravogli ... 87
Pathogenese der Chlorakne, von Hallopeau ... 127
Favus bei einer Pariserin, von Tennesson ... 129
Fall von Pityriasis rubra Hebra, von Tschlenoff ... 139
Pityriasis rubra pilaris, von Metscherski ... 132
Zur pathologischen Anatomie des Bindehaut-Ekzems, von v. Michel ... 134
Über Ichthyosis congenita, von E. Riecke ... 206
Ein Fall von Brocqs „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées", von James C. White ... 212
Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans, von G. W. Wende ... 213
Das seborrhoische Ekzem von Unna. Was es war und was davon vom klinischen Standpunkte aus übrig bleibt, von Perrin ... 215
Schübe von bullösen, rupiaartigen Plaques in der Umgebung von Psoriaselementen, von Hallopeau ... 238
Über die Schilddrüsentherapie der Psoriasis, von Melle ... 243
Über septische Erscheinungen bei der Psoriasis, von Baruchello ... 244
Über den histologischen Sitz der Pemphigusblase, von Mazza ... 244
Pemphigus, von Rille ... 296
Cornu cutaneum, von Rille ... 296
Fall mit Pili moniliformes, von Walsh ... 297
Fall von Psoriasis punctata, von Pernet ... 297
Fall von Ichthyosis hystrix, von R. Crocker ... 298
Fall von Parakeratosis variegata, von R. Crocker ... 299
Therapie der Psoriasis vulgaris, von Pospelow ... 344
Abnorme squamöse Dermatosen, von Casoli ... 362
Habituelle traumatische Epidermolysis bullosa, von L. Philippson ... 362
Über das gleichzeitige Vorkommen von mehreren Keratosen: ein Fall von Psoriasis cornea s. hystrix, von J. Selenew ... 405

Seite

Untersuchung der Haut, des Blutes und des Urins in einem Falle von Pemphigus chronicus verus, von Ch. Audry. Gérard, L. Dalous 405
Bakteriologie der Impetigo contagiosa, von Martin F. Engman..... 407
Ist das Ekzem eine parasitäre Krankheit? von S. C. Martin..... 407
Acne rosacea, von Ch. W. Allen..... 408
Beitrag zur Behandlung der Scabies, von R. Sachs..... 424
Versuche mit Epikarin bei Scabies, von F. Siebert..... 424
Beitrag zur Behandlung der Scabies, von Schumann..... 424
Histopathologische Studie über die Impetigo circumpilaris des Kindes (Impetigo Bockhart), von Minne..... 424
Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo contagiosa, von Rudolf Matzenauer 425
Pemphigus vulgaris und ein tötlich verlaufener Fall desselben, von Burnside Foster 425
Pemphigus und Erythema iris, von Drury 426
Zur Diagnose und Behandlung des Pemphigus vulgaris chronicus, von P. G. Unna 426
Renautsche Körperchen bei einem Falle von vesiko-bullöser Dermatitis und Gangrän, von W. G. Spiller 426
Ein tötlicher Fall von kongenitalem Blasenausschlag, von R. H. Kennan 427
Über polimorphe schmerzhafte Dermatitiden mit umschriebenen Eruptionen, von L. Brocq 427
Eine bakteriologische und mikroskopische Untersuchung von 390 pustulösen und vesikulösen Hautläsionen nebst Besprechung der Ätiologie der Acne vulgaris. von C. T. Gilchrist..... 427
Recidivierende Milaria des Gesichts (Acne miliaris, Acne ekzematosa), von L. Brocq 428
Akute eiternde Balgentzündung (Folliculitis) der Kopfhaut mit totalem Verlust und totaler Regenerierung des Haares, von William Gottheil 429
Akne und Ekzema, von Whitfield 419
Die Beziehung der Akne und anderer Erkrankungen der Gesichtshaut zu den Veränderungen des Naseninnern, von Max Berliner..... 429
Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems, von W. Scholtz 439
Über den parasitären Ursprung des Ekzems, von Jadassohn..... 430
Über den parasitären Ursprung des Ekzems, von, Kaposi 430
Der Pemphigus chronicus in seinen Varieäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis, von Carl Grouven 447
Der parasitäre Ursprung des Ekzems, von L. Brocq 453
Die Aetiologie des Ekzems, besonders bezüglich der neueren Ansichten über seinen parasitären Ursprung, von Duncan Bulkley 453
Ekzem und die verwandten Erkrankungen, ein Grundriſs ihrer Ätiologie, Pathologie und Therapie, von W. F. Freeman..... 454
Was ist Ekzem? von Kaposi..... 454
Ein chronisches Ekzem durch einen Abscefs geheilt, von P. A. Longhurst.... 455
Über die Behandlung von ekzematösen, gichtischen, rheumatischen und anderen Leiden mittelst heifser Luft, von D. Walsh..... 456
Heilung von Ekzemen im roten Sonnenlichte, von W. Winternitz..... 455
Über die Behandlung des Ekzems und einiger anderer Hautkrankheiten mit Naftalan, von Kölbl..... 455
Beobachtungen über die Wirkung der Naftalanbehandlung bei ekzematösen Erkrankungen des äufseren Ohres, von H. Sagebiel..... 455
Ein Fall von Dermatitis repens, von Stopford Taylor..... 456
Drei Fälle von Dermatitis exfoliativa universalis nebst histologischen und bakteriologischen Untersuchungen, von Petrini de Galatz..... 456
Glossitis exfoliativa marginata, von Bouveyron 456
Über eine im Verlaufe gewisser Dermopathien beobachtete Hauteruption von miliumartigem Aussehen, von Ciarrocchi 457
Favus an den Augenlidern, von Schmidt-Rimpler..... 457
Harnblasenvertikel, von Sultan 457
Eine Serie von Kulturen des Mikrosporon und des grofssporigen Thrichophyton. von J. Pollitzer 457
Neue Beobachtungen über Herpes tonsurans bedingt durch das Trichophyton minimum, von Le Calvé und H- Malherbe 457
Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von G. Hügel..... 458

Seite

Psoriasis mit Geistesstörung; Thyreodibehandlung; Heilung, von H. de M. Alexander 458
Psoriasis und Osteo-Arthritis, von Alfred Eddowes 458
Follikulitis der Umgebung der Genitalien, von Baudouin und Gastou 521
Erythema exsudativum multiforme, von Shiwult 524
Psoriasis vulgaris, von Krasnoff 535
Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria, von Bettmann 561
Die Pityriasis rubra (Hebra), von Josef Sellei 563
Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis, von Carl Grouven 564
Veränderungen an den Nägeln im Verlauf eines Ekzema seborrhoicum, von Ch. Audry 573
Herpes zoster im Verlauf einer Hydrargyrose, von Audry und Laurent 573

b. Cutis.

Dermitis vegetans en placards bei seborrhoischen Säuglingen, von Léon Perrin 32
Weitere Erfahrung über die Injektionsbehendlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung, von Ludwig Waelsch 30
Zur vergleichenden Anatomie der Lichenoide und der Lichenformen, von S. Ehrmann 81
Über spitze Kondylome der Lippen- und Mundschleimhaut, von Löwen 85
Impetigo contagiosa, von Matzenauer 85
Beiträge zur Lehre der Mykosis fungoides, von Róna 88
Histologischer Beitrag zum Yemengeschwür (Plaque de Yemen) nebst Bemerkungen über die Begriffsbestimmung und die geographische Verbreitung der „Orientbeulen", von Ullmann 90
Pemphigus vegetans Neumann, von Danlos 127
Lichen ruber planus, von Metscherski 132
Elephantiasis der Unterschenkel, von Steiner 200
Über die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen, von Arthur Jordan 207
Lichen planus, seine Variationen, Beziehungen und Imitationen, von H. R. Crocker 209
Zur Ätiologie des Boubas, von Majocchi und Bosellini 342
Über ein Papillom in der Gegend des Nasenvestibulums, von Reale 243
Lichen ruber planus, von Rille 296
Lichen planus, von C. Fox 297
Fall von Lichen hypertrophicus, von Pringle 298
Infektiöse Follikulitis, von Whitfield 299
Die blastomycetische Dermatitis und ihre Beziehung zu Yaws, von J. Dwyer .. 302
Drei Fälle von blastomycetischer Infektion der Haut, von F. H. Montgomery und H. T. Ricketts 303
Zwei Fälle von Blastomykosis der menschlichen Haut, von J. N. Hyde und H. T. Ricketts 303
Dorsale Lymphangitis des Penis in einem Falle von weichem Schanker, von Danlos 346
Akuter Lichen planus mit Blasen und kleienartiger Abschuppung, von Hallopeau und Lemierre 347
Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands, von R. Matzenauer 352
Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis, von Carl Grouven 354
Lichen ruber pemphigoides, von Bettmann 354
Framboesia brasiliana oder Boubas, von A. Breda 361
Zur Ätiologie des Boubas, von Majocchi 362
Über Phlebitis nodularis necrotisans, von L. Philippson 446
Die Behandlung von Geschwürsformen mit trockener Heifsluft, von Karl Ullmann 458
Über die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten lokalen Hyperämie auf chronische und infektiöse Geschwürprozesse, von Karl Ullmann 459
Geschwür der grofsen Zehe mit Vortäuschung eines eingewachsenen Nagels, von M. Delbert 460
Zur Entstehung und Behandlung furunkulöser und septischer Hautentzündungen, von Harl Ullmann 460

Seite

Behandlung der Furunkulosis mit Schwefelpräparaten, von J. Russlow 461
Ein Fall von Anthrax; Excision der Pustel; Heilung, von E. C. Bonsfield 462
Ein Fall von Anthrax, von E. F. M. Neave 462
Ein Fall von Anthrax, von E. A. Clarke 462
Ein Fall von Anthrax, von A. Kidd 462
Anthrax des Oberschenkels, von Th. Sinclair 462
Über das „Sphalangi"-Insekt und seine Beziehung zum Anthrax, von G. A. Williamson 463
Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Mykosis fungoides, von Jacob Schiffmacher 463
Lymphosarkom oder Mykosis fungoides? von E. Heuss 463
Über die Diagnose und Behandlung der Aktinomykose der Haut, von Olivier Lenoir und André Claisse 463
Das Rhinosklerom beim Menschen und die Schnüfelkrankheit beim Schweine, von Dor 464
Ein Fall von phagedänischem Ulcus der Oberlippe etc., von W. J. Collins 464
Die Züchtung des Erregers des weichen Schankers, von F. Bezançon, V. Griffon und L. Le Sourd 464
Ulcus molle und Bubo, von Krulle 464
Behandlung der ulcerös-membranösen Stomatitis mit Kauterisationen mit Chromsäurekrystallen, von Armand Siredey 465
Über die Behandlung der nekrotisierenden Akne mit Meersalzlösung, von Friedrich Luithlen 465
Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes, von H. v. Ranke 465
Gangrän der Haut im Verlauf des typhösen Fiebers, von Stahl 465
Ausgedehnte gangränöse und gasbildende Phlegmone im Verlaufe eines Typhus, von Pinatelle 466
Über Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone, von A. Schattenfroh und R. Grassberger 466
Eine Diskussion über Yaws 466
Yaws und Syphilis, von F. W. Collingswood 467
Antistreptokokkenserum bei Erysipel, von Jones 467
Fall von Elephantiasis, von Max Cohn 468
Elephantiasis, von Rille 468
Antistreptokokkenserum bei Erysipel, von A. W. Harrison 467
Über einen Fall von Elephantiasis des Skrotums, von Duhot 468
Ein Fall von elephantiastischer Verdickung dee rechten Vorderarmes bei einem Syphilitischen, von Isaac 469
Erythema nodosum, von Chotzen 469
Ein Fall von „Drüsenfieber" in Verbindung mit Erythema nodosum, von B. Thornton 469
Bericht über einen Fall von Dermatitis blastomycetica, von H. W. Stelwagon. 469
Ein Fall von Lichen obtusus, von G. Hügel 470
Zur Elektrotherapie der roten Nase, von Max Weiss 470
Impetigo herpetiformis beim Manne, von Gunsett 562
Ein Fall von phagedänischem Ecthyma (gangränöser Pseudoschanker), von N. Moskalew 569
Zur Pathogenese des venerischen Bubo, von E. Nicosia 605
Ein Fall von Rupia malarica, von Sensini und Vignolo-Lutati 606

Progressive Ernährungsstörungen.

Das Syringocystom, von I. Neumann 28
Scheinbares Sarkom, veranlaßt durch zahlreiche Fremdkörper, von Dubreuilh und Venot 33
Ein Fall von Pseudo-Xanthoma elasticum, von C. Bodin 33
Histologischer und experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Tumoren, von A. Carini 41
Überblick über die wichtigsten Punkte, welche zur Beurteilung des Krebses bezüglich seiner Ätiologie und seines Vorkommens zu beachten sind, von Josef Schütz 41
Arsenik als diagnostisches Mittel in der Behandlung des Epithelialcarcinoms, von Truneček 42

Seite

Klinische und pathologische Beobachtungen über einige Frühformen von Hautepitheliom, von J. A. Fordyce 41
Extraviscerale Sarkomatose, von Louis Lapeyre und Marcell Labbé 42
Ein Fall von multiplen Melanosarkomen mit eigenartigen Komplikationen an beiden Augen, von Wagenmann 43
Sollen die Warzen behandelt werden? von H. Fournier 43
Hirnhautangiom, von S. Kalischer 43
Die Behandlung der Angiome durch Elektrolyse, von A. Labbé 44
Zur Behandlung des Blutschwammes und verwandter angeborener Gefäfsneubildungen, von E. Holländer 44
Axillares Neurom des Plexus brachialis, von Meinhard Schmidt und Ernst Delbanco 45
Drei Fälle von Keloid, von Greig 45
Naevusartige Tumoren der Schweifsdrüsen, von Delore 45
Morbus Addisonii und Leukodermie, von S. Wilks 45
Morbus Addisonii und Leukoderma, von W. T. Gairdner 46
Ein Fall von Morbus Addisonii; Behandlung mit Nebennierenextrakt: Exitus letalis, von E. G. Trevithick 46
Histologische Untersuchungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii, von Bianchini 46
Einfaches Sommersprossenmittel 46
Allgemeine Arsenmelanosen, von Enriquez und Lereboullet 47
Hämochromatose und Diabetes mit Bronzefärbung der Haut, von E. L. M. 47
Phlebektasien am Mons pubis und am linken Beine bei einem männlichen, jugendlichen Individuum, von Knotz 47
Irisveränderungen bei Xeroderma pigmentosum, von Elschnig 81
Über Naevuscarcinome, von M. Joseph 84
Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Matzenauer 85
Zur Kasuistik der mit Arsen behandelten primären Hautsarkome, von Pospelow 87
Zwei Fälle von Sarcoma idiopathicum multiplex, von Török 89
Über einen Fall von Melanosis lenticularis, von F. J. Pick 91
Einfluís der antisyphilitischen Behandlung auf das Epitheliom, von Du Castel . 129
Warzen der Lippen, von Abraham 200
Xeroderma pigmentosum, von Lesser 200
Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Lereddes „Naevi symmetriques de la face"), von C. Pezzoli 202
Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe; insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Prozessen, von Th. v. Marschalkó 204
Riesenzellen und Epitheliom, von Ch. Audry 207
Symmetrische Adenolipomatose mit vorherrschender Lokalisation in der Cervikalgegend, von Bensaude 241
Die trophischen Erscheinungen der Haut in einem Falle von Hemiatrophia facialis mit Sarcoma idiopathicum, von Montesano 244
Symmetrische Tophi, von Walh 297
Adenoma sebaceum, von Savill 297
Molluscum fibrosum, von Savill 297
Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum, von Ajello 304
Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von Jordan 345
Molluscum contagiosum mit voluminösen Tumoren, von Balzer 345
Sehr rasch verlaufendes Epitheliom der Zunge, von Danlos 346
Molluscum contagiosum des Haarbodens, von Dubois-Havenith 349
Pagetsche Krankheit, von Dubois-Havenith 349
Myxödem, von Dubois-Havenith 349
Über ein Angio-Epithelioma der Haut, von Ch. Audry 359
Epitheliom des Penis; Amputation, von Charles B. Parker 407
Behandlung des Hautepithelioms, von L. Butte 451
Über die parasitäre Natur des Brustkrebses, von A. M. Sheild 470
Zwei Fälle von Kankroid, geheilt durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen, von Thor Stenbeck 471
Ungewöhnliche Form von Ulcus rodens, von F. T. Paul 471
Formalin bei Ulcus rodens, von F. Wyatt-Smith 471
Resorcin bei Ulcus rodens und Krebsoperationen, von J. E. Blomfield 472

Seite
Die Hautepitheliome, von J. Viñeta ... 472
Entwickelung eines Hautendothelioms im Narbengewebe von Lupus vulgaris; Angiosarkom der Haut, von J. A. Fordyce ... 472
Angiosarcoma cutis plexiforme melanoticum, von Julius Steinhaus ... 472
Die Anwendung des Arsens bei krebsigen und anderen malignen Neubildungen, von S. Sherwell ... 472
Allgemeine knotenförmige Dermophosphatfibromatose mit Pigmentierung der Haut, von Louis Rénon und Henri Dufour ... 473
Ein Fall von Neurofibromatosis universalis mit Pseudo-Neurom des Vagus, von B. G. A. Moynihan ... 473
Zahlreiche Vegetationen an den Zitzen einer Kuh; multiple Ansteckung bei mehreren Hausbewohnern, von Aubert ... 473
Heilung von multiplen Warzen durch Revaccination, von J. D. Staple ... 474
Umfangreiches Adenoma sebaceum des Gesichts, von G. Curtis und Lambert 474
Naevus flammeus dolorosus, von Ciarrocchi ... 475
Ein Fall von Xanthoma tuberculosum der Gesäfsgegend, von Dubois-Havenith 475
Jod-Jodkaliumsalbe bei Chalazion, von Strzeminski ... 475
Über einen günstigen Erfolg durch Behandlung mit Nebennieren-Tabletten in einem Falle von Morbus Addisonii, von Paul Edel ... 476
Eine Familie mit Addisonscher Krankheit, von R. A. Flemming und J. Miller 476
Die Opotherapie bei der Addisonschen Krankheit, von Gargano ... 476
Eine eigentümliche Pigmentanomalie, von T. D. Savill ... 477
„Vaches“ ... 477
Epitheliom des Penis, von Du Castel ... 521
Konfluierendes Molluscum contagiosum des Schädels, von Balzer ... 521
Die Ätiologie und Pathologie des Hautkrebses, von A. Ravogli ... 532
Ein Fall von multiplem Angiosarkom der Haut, von J. C. Johnston ... 577
Adenoma sebaceum und Naevus sebaceus, von Piccardi ... 606

Pigmentanomalien.

Über einen Fall von phthiriatischer Melanodermie mit Kachexie und Verfärbung der Mundschleimhaut, von P. Chatin ... 208
Einige Pigmentationsstörungen der Haut verglichen mit experimentellen Erscheinungen der Nebennieren, von Venanzi ... 242
Eine eigentümliche, progressive Pigmentanomalie der Haut, von J. F. Schamberg 301
Chloasma, von S. C. Martin ... 407

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Ätiologie und Kasuistik von Phlebektasien bei jungen Männern ... 48
Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Brunner ... 48
Behandlung der varikösen Geschwüre, von Duplay ... 49
Moderne chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden, von Blech ... 49
Sklerodermie, von M. Wolters ... 49
Ein Fall von Myxoedema, von Eshner ... 50
Über idiopathische Hautatrophie, von Julius Heller ... 83
Ein Fall von idiopathischer, diffuser, progressiver Hautatrophie, von P. G. Unna 90
Behandlung des Lupus erythematosus mit Strömen hoher Frequenz, von Bisserié 129
Lupus erythematodes und Carcinom, von E. Hollaender ... 136
Lupus erythematosus disseminatus, von Lesser ... 200
Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern, von P. H. Schoonheid ... 201
Opisthotonus im Anschlufs an dorsales Sclerema neonatorum, von Browning ... 214
Pseudoalopecia areata, von Darier ... 240
Versuche einer Behandlung des oberflächlichen Lupus erythematodes durch Elektrolyse, von Frattali ... 243
Fall von Alopecia areata, von Ryan ... 297
Lupus erythematosus, von Galloway ... 298
Fälle von Ulcus rodens behandelt mit Röntgenstrahlen, von J. H. Sequeira ... 298
Fall von eigentümlicher Alopecia des Bartes verbunden mit Atrophie der Haut, von Galloway ... 298
Totale Alopecia, von G. Little ... 299

Seite

Professionelle Ulcerationen der Lederfärber, von Brocq und Laubry 347
Seit der Geburt bestehende Alopecie der beiden Schläfenregionen, von Fournier und Brindeau 347
Alopecia areata und Zahnläsionen. Urologie der Alopecia areata, von Jacquet 348
Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta, von V. J. Zarubin..... 352
Über eine ererbte und angeborene Atrophie der Haut der Hohlhand (Brachydermia palmaris), von Audry und Dalous 359
Über die Alopecia areata, von Mibelli 362
Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands, von R. Matzenauer 447
Eine neue Operation für Hämorrhoiden, von Ellsworth Elliot 477
Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Levy..... 477
Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs, von C. L. Schleich 478
Beitrag zum Studium der Therapie des Ulcus varicosum, von Paul Delbet.... 478
Über Varicen, von W. Thorburn..... 478
Zur Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten, von F. Jenssen ... 478
Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Alopecie, von A. Buschke..... 479
Mittel gegen Haarausfall, von Twisselmann..... 479
Über eine besondere Form der Alopecia areata, von Nikolsky..... 479
Alopecia areata, von Sabouraud 479
Soll man Kranken mit Alopecia areata den Eintritt in die Schulen und in die verschiedenen Ämter gestatten? von L. Brocq 480
Über die Beziehung der Alopecia areata zu Zahnerkrankungen, von L. Jacquet 480
Über einen Fall von plötzlichem Weifswerden der Haare nach Schreck..... 480
Über die Atrophia cutis idiopathica progressiva acquisita, von Metscherski ... 480
Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica acquisita, von Italinski 481
Über Xeroderma pigmentosum, von K. Herxheimer und R. Hildebrand.... 481
Einige klinische Beobachtungen über Lupus erythematosus und seine Pathologie, von J. A. Fordyce und O. H. Holder..... 481
Sklerodermie der Arme, von Scholtz..... 481
Ein Fall von diffusem Skleroderma, von T. R. Bradshaw..... 482
Sclerema neonatorum, von John W. Taylor 482
Das Gabungeschwür, von Gaucher und Bernard.... 523
Störungen im chemischen Verhalten des Blutes und des Harns bei der Alopecia areata, von Jacquet und Portes..... 524.
Lupus erythematodes disseminatus, von Metscherski..... 525
Über Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, von W. Dubreuilh 528
Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands, von R. Matzenauer..... 564
Zur Ätiologie des Lupus erythematosus Cazenave, von Franz v. Poór 565
Weiteres über die Ästhiomene, von C. Calderone..... 606

Idioneurosen.

Antipruriginosa, von P. G. Unna 50
Milchsäure bei pruriginöser Hautentzündung, von Du Castel 482
Zur Behandlung des Pruritus senilis, von Arthur Jaenicke..... 482
Über Pruritus cutaneus überhaupt und über die Frage: Steht ein Teil der als Pruritus cutaneus bezeichneten Krankheitsfälle in Beziehung zur Tuberkulose und gewährt diese Annahme eine Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie? von S. Behrmann..... 525

Mifsbildungen.

Die Behandlung der Talgdrüsencysten (Atherome) durch interstitielle Ätherein-spritzungen, von Emile Sergent 94
Naevi vasculosi, von S. C. Martin 407

Saprophyten und Fremdkörper.

Neue klinische Beobachtungen über Tinea versicolor, von Charles W. Allen.. 78
Ein vereinzelt dastehender Fall von Pityriasis versicolor, von Gottheil..... 93
Larva migrans („Creeping disease"), von J. H. Rille..... 93
Pediculosis, von M. Wolters..... 93
Tätowierung, von J. Rille..... 93

Seite

Über einen Fall von Cysticercus cellulosae der Haut bei einer Gravida, von M. Pelagatti 141
Fall von Monilethrix, von Abraham 199
Über die Trichophytiasis des Bartes, von E. Bedin 208
Spontane Heilung einer Trichophytie des Haarbodens nach Thyphus, von Reale 243
Ein Fall von Cysticercus cellulosae der Haut beim Menschen, von Pelagatti .. 244
Aplasia pilorum moniliformis (Monilethrix), von Ciarrocchi 244
Das Vorkommen des Demodex folliculorum am Augenlide und seine Beziehungen zu Liderkrankungen, von Karl Hunsche 483
Creeping disease, von Merk 483
Ein weiterer Beitrag zur Entstehung des Hautemphysems nach Laparatomien, von Heil 484
Allgemeines subcutanes Emphysem in einem Falle von akuter Miliartuberkulose, von Chatin und Piéry 484

Sekretionsanomalien.

Die Behandlung der Hyperhidrosis axillae mit dem Thermokauter, von L. Kolipinski 483

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Die Endoskopie der Harnröhre und Blase als Unterrichtsgegenstand, von Grünfeld 82
Zur Frage über den reflektorischen Einfluſs der chronischen Reizung des Harnblasenhalses auf die Nieren, von Halpern 82
Über eigentümliche Krystalle (von Ammonium-Magnesium-Phosphat) im Urethralsekrete, von H. Loeb 85
Urologische Beiträge, von J. Preindlsberger 87
Zur Cystoskopie (Endovesikale Bilder, Spülcystoskop, Desinfektion), von E. Lang 94
Tuberkulose des Harnsystems, von J. M. Gille 95
Behandlung der Paraphimose mit Circumcision, von Peltre 95
Phimosis, Paraphimosis, von J. H. Rille 95
Bakteriologische Untersuchungen über die periurethralen Eiterungen, von Cottet 95
Über die Verteilung des elastischen Gewebes in der menschlichen Harnröhre, von Sprecher 96
Ruptur der Urethra des Mannes, von C. P. Thomas 97
Beckenbruch mit totaler Abreiſsung der Harnröhre, Spontanheilung ohne Naht, von Francke 97
Fall von totaler Harnröhrenzerreiſsung geheilt durch primäre Naht, von Heintze 97
Allgemeine Bemerkung zur Pathologie und Behandlung der Harnröhrenstriktur, von Charles Cumston 98
Die Urethrostomia perinealis bei den unheilbaren Strikturen der Urethra, von Antonin Poncet und Xavier Delore 98
Kokaineinspritzungen in die Harnröhre bei Harnverhaltungen spastischen Ursprungs, von R. Romme 99
Ein Beitrag zu den Harnröhrensteinen, von Zotos 99
Zur Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne, von P. Rupprecht 99
Behandlung der Enuresis nocturna, von Amat 99
Aseptisches Katheterisieren, von C. Beck 100
Vorsichtsmaſsregeln beim Selbstkatheterismus, von Friedrich Dommer 100
Der Dauerkatheter bei der Behandlung der Harninfektion und der Prostata- sowie Harnröhrenblutungen, von Felix Guyon 100
Über die Vorteile des Dauerkatheters 101
Verletzungen der Blasenschleimhaut durch Kontusion der Unterbauchgegend, von Julius Schnitzler 101

Seite

Fall von spontaner Ruptur der Blase infolge von Harnretention und Beckenphlegmone durch Urininfiltration, von Koslinsky 101
Cystitis, von Henry H. Morten 101
Ursachen, Diagnose und Behandlung der Cystitis, von Roman Guiteras 102
Cystitis papillomatosa, von Ferd. Bierhoff 103
Das Urotropin in der Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege, von Ehrmann 103
Urotropin bei der Behandlung der Cystitis, von Goldberg 104
Völlige Urinretention als Folge von Cystitis, von J. Lomond Lackie 104
Über die Funktionen des Harnröhrenschleimapparates bei Injektionen, von Stransz 104
Ein Fall von Condylomata acuminata der Harnröhre des Mannes, von Sprecher 139
Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Tuberkulose der Harnblase, von Leop. Casper 147
Die Behandlung der tuberkulösen Cystitis, von E. Desnos 147
Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase, nebst Bemerkungen über Metaplasie, von R. Benecke 148
Entleerung einer gröfseren Menge Harnsteine nach einer Urethrotomia interna, von Loumeau 148
Voluminöser Harnblasenstein, von Morelle 149
Fall von Fremdkörper (Fieberthermometer) in der Blase, von J. H. Morgan ... 149
Ein Fall von Hutnadel in der Harnröhre, von Launcelot Brown 149
Lithotripsie und Cystotomie, von P. Morelli 149
Über eine ungewöhnliche Anomalie der Blase, von Eugen Fuller 212
Cystitis colli proliferans oedematosa, von Zechmeister und Matzenauer 245
Modifiziertes Valentinesches Urethroskop, von Kollmann und Wossidlo 246
Über die Antiseptik des Auges der weichen Katheter, von Delefosse 247
Operierte Hypospadie, von Hacker 296
Bemerkungen über die Indikationen der Sectio alta bei der Behandlung der Blasensteine, von Guyon 347
Die Hernie der Blase mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese, klinische und experimentelle Untersuchungen, von B. Alessandri 357
Modifikation des Urethrotoms nach Maisonneuve, von Nicolich 358
Ein Beitrag zur Verbesserung der Urethroskopie nach Nitze-Oberlaender, von Nicolai 402
Zur Kasuistik der Radiographie der Harnblase (Haarnadel in der Harnblase), von Stockmann und Aust 420
Über die Funktion des Harnröhrenschliefsapparates bei Injektionen, von J. Kiss 402
Die Endresultate der Strikturläsionen bei Harnröhrenverengerungen, von R. Harrison 405
Diät bei Lithämie, von A. B. Conklin 405
Die Elektrolyse als Heilmittel der chronisch glandulären Urethritis, von George Walker 406
Blasenvorfall durch die Operationsnarbe einer Cystotomica suprapubia, von Louis Kolipinski 406
Dauerkatheterismus, von J. Rilus Eastmann 406
Bericht über die Dauerresultate der blutigen Intervention („Interventions sanglantes") bei Strikturen der Harnröhre, von Reginald Harrison 526
Die Hernie der Blase, mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese, von Alessandri 529
Retrovesikale Echinococcuscyste, von Saxahansky 529
Drei Fälle von ascendierender Infektion des Harnsystems durch den Bacillus pyocyaneus und den Proteus vulgaris, von George Blumer und Aug. Jerome Lartigau 533
Zur Pathologie und chirurgischen Behandlung der Tuberkulose des Urogenitalapparates, von Sam. Alexander 533
Die Grundsätze der Behandlung der Urogenitalneurasthenie, von B. Goldberg . 534
Erkrankungen und Verletzungen am Urogenitale bei Kindern, von E. Doernberger 535
Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von A. Keiler 535
Ein Fall von Pseudohermaphroditismus, von J. Ch. Brown 535
Harnverhaltung, von A. Peyer 535
Operative Behandlung der Hypospadie, von Carl Beck 536

Seite

Die Blasenhernie mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese, von R. Alessandri ... 571
Neue intravesikale cystoskopische Instrumente, von Fr. Bierhoff ... 577
Die Operation bei schweren Fällen von Hypospadia, von R. H. Russell ... 581
Zur Übertragung der Tuberkulose durch die rituelle Circumcision, von J. Neumann 581
Die Beschneidung als Verhütungsmafsregel gegen Syphilis und andere Erkrankungen, von E. H. Freeland ... 582
Calculus praeputialis, von G. S. Walton ... 582
Ein Fall von Gangrän des Penis, von G. A. Clarkson ... 582
Über Cavernitis und Lymphangitis penis, von Horovitz ... 582
Über Doppelbildung der Harnröhre, von Leop. Löw ... 582
Ein Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes, von H. Wilson ... 583
Fremdkörper in der Urethra des Mannes, von A. Hawley ... 583
Über Harnröhrenrupturen, mit kasuistischen Beiträgen, von Nath. Jacobson .. 583
Behandlung der kallösen, resilienten Strikturen, von H. Lohnstein ... 583
Behandlung der Harnröhrenstriktur durch die lineäre Elektrolyse, von Fort 584
Die cirkuläre Elektrolyse und ihre klinischen Resultate bei Verengerungen der Harnröhre, von Vernay ... 584
Ein neues Urethrotom, von George Rubin ... 585
Insufficienz der Harnblase infolge weiter Harnröhrenstriktur, von Desider Ráskal 585
Über eine neue Serie von Sonden zur Dilatation der Harnröhre, von V. Di Grigorio ... 585
Experimentelle Untersuchungen über Kathetersterilisation, nebst Bemerkungen zur Asepsis des Uretherkatherismus, von M. Katzenstein ... 585
Zur Kathetersterilisation, von R. Kutner ... 586
Zur Anatomie und Physiologie des Gefäfs- und Nervensystems der Blase, von Keifer ... 586
Oedema bullosum vesicae, von Friedr. Bierhoff ... 586
Über cerebrale Blasenstörungen. Vorläufige Mitteilung, von Ernst von Czyhlarz und Otto Marburg ... 587
Über Behandlung der Enuresie nocturna mit Massage, von L. Herbstmann ... 614
Die sogenannte „reizbare Blase" beim Weibe, von F. Bierhoff ... 614
Verletzungen der Blase während des Verlaufes der gynäkologischen Operationen, von J. W. Cousins ... 615
Eine die Blase und das Rectum durchbohrende Wunde, von J. R. Dodd ... 615
Die Blasenhernie mit spezieller Beziehung auf ihre Pathogenese, von Alessandri 615
Intraperitoneale Ruptur der Blase, von W. P. Blumer ... 615
Ein Fall von Uterusfibrom, welcher einen Blasentumor vortäuschte, von Loumeau 616
Papillom der Blase, von Southam ... 616
Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose, von L. Caspar ... 616
Bemerkungen über die wahrscheinliche Art der Entstehung von Blasensteinen mit Bezug auf deren Rezidivierung und Verhütung, von R. Harrison ... 617
Ein Fall von Blasenstein in Sierra Leone, von W. Renner ... 617
Ein grofser Harnblasenstein von Kalkoxalat, von Loumeau ... 617
Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Blasensteinen, von C. M. Moullin .. 617
Über 53 Operationen von Blasensteinen, von P. J. Freyer ... 617
Die beste Methode für die Entfernung von grofsen Steinen aus der Blase, von S. H. Burton ... 618
Über Litholapaxie mit Kasuistik, von Barkley ... 618
Akute hämorrhagische Cystitis, von Arnold Lea ... 618
Über Cystitis typhosa, von Hans Curschmann ... 618
Behandlung der chronischen Cystitis der Frau durch Ausschabung der Blase und Instillationen von Sublimat, von Charles Gr. Cumston ... 619

b. Hoden und Samenbläschen.

Zur Therapie der Impotenz, von Mendel ... 149
Zur Frage der Florenceschen Reaktion auf Spermaflecke, von Dawydow ... 150
Ein Fall von überzähligem Hoden, von G. R. Turner ... 150
Überzähliger Hoden, von W. Lossen ... 150
Akute Orchitis, von Val. Bucchel ... 151
Ein Fall von tuberkulöser Epididymitis, von Markus Tessler ... 151
Die Beziehungen der Vesiculitis seminalis zur Impotenz, von Ramon Guiteras 152

Seite

Studium über die Hydrocele, von Federici ... 152
Der Einfluſs der Varicocele auf die Geschlechtsfunktionen, von C. Williams .. 153
Zum Kapitel der sexuellen Neurasthenie, von Seliger ... 153
Über einige Einzelheiten im Bau des syphilitischen Hodens, von Ch. Audry ... 209
Subakute und chronische Entzündung der Samendrüsen, von Joh. E. Morrow . 409
Resektion des Nebenhodens und Anastomose des Vas deferens mit dem Corpus Highmori, von Scaduto ... 579
Priapismus chronicus nocturnus, von Raichline ... 570
Plastische Operation am Skrotum, von Haslam ... 620
Chondro-Carcinom des rechten Hodens; Kastration, von T. V. Jackson ... 630
Die Veränderungen des Hodens bei experimentellem Verschluſs des Samenleiters, von M. Simmonds ... 620
Ein eigenartiger Fall von Azoospermie, von A. Kehrer ... 621
Über die Behandlung der Spermatorrhoe mit Elektricität, von Denis Courtade 621
Chronische (nicht tuberkulöse) Entzündung der Samenbläschen, mit besonderer Berücksichtigung der Technik des Massierens, von J. D. Thomas ... 621
„Fingerhüte" zur Massage der Samenbläschen, von J. Ril. Eastman ... 622
Excision von Samenbläschen wegen tuberkulöser Erkrankung, von M. Moullin. 622
Experimentelle Studien über Pathogenese und Histologie der Hodentuberkulose, von Baumgarten ... 622
Experimentelle Beiträge zum Studium der Hodentuberkulose, von C. Kraemer. 623
Primäre Hodentuberkulose, von F. A. Southam ... 623
Die Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberkulose durch Unterbindung des Samenstranges, von P. Mauclaire ... 623
Carcinom des Testikels, von J. H. Clark ... 624
Beitrag zur Behandlung der Hydrocele, von H. Vetere ... 624
Über radikale Heilung der Hydrocele durch Umstülpung der Tunica vaginalis, ein neues Verfahren, von L. Longuet ... 624

c. Prostata.

Ein cystoskopischer Prostataincisor für die Bottinische Operation, von Freudenberg und Bierhoff ... 133
Akute traumatische Entzündung der Prostata, auf Blase und Samenbläschen fortgesetzt, von J. M. Thompson ... 153
Zur Krankenpflege bei Prostataleiden, von Ferdinand Kornfeld ... 154
Zur Kasuistik der Prostataverletzungen, von F. M. Oberländer ... 155
Maligner Tumor der Prostata, von Adenot ... 156
Bemerkungen zum Katheterismus bei einigen Formen prostatischer Harnverhaltung und zur Kathetersterilisation, von Hottinger ... 156
Wert und Indikationen der Massage der Prostata ... 156
Über Sectio alta vesicae bei Greisen und Prostatahypertrophie, van W. T. Thomas 156
Über die Kastration bei Prostatahypertrophie, von O. Lanz ... 157
Demonstration zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von A. Freudenberg ... 157
Der gegenwärtige Stand der Bottinischen Operation wegen Ischurie, von Granville MacGowan ... 157
Ein Beitrag zur Behandlung der hypertrophierten Prostata durch Vasektomie, von T. Vincent Jackson ... 157
Resektion von Stückchen aus den Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie und das Resultat dieser Operation, von Kudiozeff ... 158
Bemerkungen über Vasektomie mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase, von R. Harrison ... 158
Beispiele von Vasektomie oder Verödung der Vasa deferentia mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase, von H. Harrison ... 158
Beitrag zur Bottinischen Discision der Prostata, von A. Koenig ... 246
Über eine neue Methode der Behandlung der Prostatahypertrophie mittels eines elektrokaustischen Incisors bei Vorhandensein eines Mittellappens, von Hugh H. Joung ... 299
Dauerresultate der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Felix Legueu ... 300
Urethro-Prostatitiden geheilt durch Spülungen der Pars posterior urethrae, von André Montfort ... 358

Seite

Über die Zusammensetzung der Prostatadrüse, von K. von Hofmann 401
Ein neuer Prostatainsisor. — Der Psychrophorkatheter. — Katheter mit Obturatoren. — Verbesserungen an meinem Kathetercystoskop. — Technische Mitteilungen, von F. Schlagintweit 401
Beitrag zur Bottinischen Discision der Prostata, von A. Koenig 402
Beiträge zur Kasuistik und Technik der Bottinischen Operation, von de la Harpe 402
Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenem traumatischen Prostataabceſs, von Magnus Möller 403
Zur Krankenpflege der Prostataleiden, von F. Kornfeld 625
Über Kleinheit der Vorsteherdrüse und die sie begleitenden Harnstörungen, von Josef Englisch 626
Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis und ihren Einfluſs auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen, von Lohnstein 627
Über die Schübe akuter Prostatitis im Verlaufe der senilen Prostatahypertrophie, von Guépin 627
Zwei klinische Vorlesungen über Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer 628
Klinische Bemerkungen über Residualharn in Fällen von Prostatahypertrophie, von A. G. Miller 628
Die kongenitalen Vesico-Umbilicalfisteln bei den Prostatikern, von Fléchet 628
Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie in den Ver. einigten Staaten, von Ramon Guiteras 629
Die Dauererfolge der operativen Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie, von Legueu 629
Zur Statistik und Technik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von Albert Freudenberg 630
Resultate der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. Demonstration eines gemeinsam mit Dr. Bierhoff konstruierten cystoskopischen Prostataincisors, von Albert Freudenberg 630
Über die partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler Prostatahyertrophie und über die Resultate dieser Operation, von Kudinzero 631
Eine neue Methode die Prostatektomie auszuführen, von P. J. Freyer 631
Ablation der hypertrophierten Prostata auf dem medianen transanorektalen Wege, von Jabulay 631
Zwei Fälle von Carcinom der Prostata, von Lumeau 632

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere, von Küster 133
Untersuchungen über die Schwankungen der Harnstoffausscheidungen bei der Dermatitis polymorpha dolorosa, von P. Hardouin 137
Experimentelle Untersuchungen über die Uretero-Heteroplastik, von Gaspare d'Urso und Achille de Fabii 137
Primäre Neoplasmen des Nierenbeckens und des Ureters, von J. Albarran 137
Über die Harnverhaltung, insbesondere ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgane, von Blanck 158
Zur klinischen Bedeutung der Harncylinder, von G. Kobler 158
Untersuchungen des Harns mittelst kombinierter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode, von H. J. Hamburger 158
Über die Brauchbarkeit der neueren Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn, von Spaethe 159
Eine neue Harn- und Zuckerprobe, von Edlefsen 159
Die Hämaturie der Schwangerschaft, von Guyon und Albarran 159
Über die sogenannte essentielle Hämaturie, von Ciuti 159
Hämaturie und Gelatine, von Schwabe 159
Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Mannaberg und Donath 160
Über die Thätigkeit der Milz und der Nieren bei der Hämoglobinämie und Hämoglobinurie, von Vital 161
Bericht über einen Fall von akuter aufsteigender Paralyse und Hämatoporphyrinurie, von C. G. Stockton 161
Die physiologische und pathologische Oxalurie, von M. A. Lecoeur 161
Demonstration von Phosphaturie und Phosphatsteinen, von G. Klemperer 161
Zur prophylaktischen und kurativen Wirkung des Urotropin, von Zaudt 161
Nierentuberkulose und Ureterenkatheterismus, von P. Bazy 162

Seite

Nierentuberkulose und Ureterenkatheterismus, von J. Albarran 162
Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand nebst Bemerkungen über Chyluscysten, von Koblanck und Pforte 163
Die Phosphaturie als Sekretionsneurose der Niere, von M. Gonzalez Tanago . 246
Ein Fall von Nierentuberkulose, von Delbet 357
Ureteritis artificialis infolge von mifsglücktem Ureterenkatheterismus in einem Falle von Blasentuberkulose, von R. Barlow 402
Heredität bei Diabetes mellitus, von J. Hall Pleasants 408
Anatomie und Physiologie der Nieren, von Chas. O. Caswell 409
Über Niereninfarkte bei Neugeborenen, von S. B. Wermel 527
Über zwei Fälle von Mischgeschwulst der Niere (Fibromyom und embryonäres Adenosarkom), von Léon Imbert 529
Tuberkulose der linken Niere; sekundäre tuberkulöse Cystitis; Nephrektomie, von J. Bouglé 529
Störungen der Harnentleerung, von Moritz Porosz (Popper) 633
Zur Diagnose der Harnerkrankungen, von Leonh. Görl 633
Über Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsysteme, von O. Zuckerkandl 634
Der Downesche Harnsegregator (Separate-Urin Siphon), von Albert Freudenberg 635
Urotropin und dessen Bedeutung für die Antiseptik des Urins, von P. J. Cammidge 635
Über Harnsteine, von C. Posner 635
Über die Beziehungen des Harneisens zum Bluteisen, von Adolf Jolles und Ferdinand Winkler 636
Ein Fall von Hämaturie infolge von Bilharzia haematobia, von J. Gutch 636
Klinische und pathogenetische Betrachtungen über einen Fall von Haematuria paroxystica, von Sc. de Rossi 636
Chinin-Hämoglobinurie, von A. G. Walsford 636
Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von W. Judson Lamson 637
Über das Auftreten eines eigentümlich veränderten Blutfarbstoffes im Harne bei paroxysmaler Hämoglubinurie, von Adolf Jolles 637
Ein Fall von Hämatoporphyrinurie, von J. Calwert 637
Über die Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harne der fettleibigen Menschen, von F. Wolfner 638
Die Nitropropioltabletten, eine neue Zuckerprobe, von Franz v. Gebhardt 638
Über Lohnsteins Präcisions-Saccharometer, von Jacob Meyer 638
Über die Empfindlichkeit der vereinfachten Modifikationen der Phenilhydrazinprobe zum Nachweis von Zucker im Harn, von Alb. Kowarski 638
Zur Vereinfachung der Phenilhydrazin-Zuckerprobe, von Albert Neumann 639
Eine neue empfindliche Reaktion zum Nachweise des Traubenzuckers wie auch anderer Aldehyde, von E. Riegler 639
Über eine schnelle und quantitative Bestimmung des Quecksilbers im Harn, von A. Jolles 639
Die verschiedenen bei der Hellerschen Eiweifsprobe mit Salpetersäure entstehenden Ringe, von M. H. Fussel 640
Albuminurie und Cylindrurie infolge von Syphilis und Quecksilberbehandlung ... 640
Myelopathische Albumosurie, von T. R. Bradshaw 640

e. Labien, Vagina etc.

Zur Pathologie der Kraurosis vulvae, von v. Weiss 90
Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der Urethra beim Weibe, von Ferdinand Schenk und Lothar Austerlitz 163
Vulvitis, von Rille 163
Die Vulvovaginitis der Kinder, von Herm. B. Sheffield 164
Kraurosis vulvae, von J. H. Rille 164
Beitrag zur Kraurosis vulvae, von Ph. Jung 165
Primäre Diphtherie der Vulva, von Bruno Leick 165
Ein Fall von Vulvovaginitis diphtherica, Behandlung mit Heilserum, Heilung, von L. Silberstein 165
Über Leukoplasia vulvo-analis und ihre Beziehung zur Kraurosis vulvae, von Léon Perrin 357

Seite

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Behandlung der Blennorrhoe mit 20%igem Argonin, von Grouven 82
Über die operative Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von Herzfeld .. 82
Mastdarmblennorrhoe infolge von Incision eines blennorrhoischen Pseudoabscesses, von Jadassohn 83
Über Paraurethritis blennorrhoica, von Pezzoli 87
Über die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei Urethritis nach Blennorrhoe mit spezieller Berücksichtigung des Kulturverfahrens, von Scholtz 89
Über Periurethritis blennorrhoica, von Werler 91
Über einen Fall von blennorrhoischer Urethritis und Affektion der Gelenke, symmetrischem, hornartigen Hautausschlag und Ausfallen der Nägel, von W. Stanislanski 134
Ein Fall von eitriger Epididymitis blennorrhoica mit einigen Betrachtungen über die Virulenz des Gonococcus, von Pizzini 140
Tripper, von M. v. Zeissl 165
Die Diagnose der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen beim Manne, von J. Werther 167
Über Blennorrhoe im Wochenbett, von Oswald Feis 167
Rheumatismus blennorrhoicus, von Lesser 200
Blennorrhoe in ihrer Beziehung zu den Adnexorganen des Mannes, von E. Wood 216
Über den Einfluſs der Umgebung auf den Gonococcus 217
Tripperfäden (Flocken?) im Urin, von W. Bernart 217
Akute blennorrhoische Arthritis u. s. w. des linken Schultergelenkes, von Coplin Stinson 217
Über Endocarditis blennorrhoica, von M. Loeb 218
Beitrag zu den blennorrhoischen Psychopathien, von Cascella 218
Ein Fall von Stomatitis gonococcica, von Colombini 218
Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusblennorrhoe, von H. Schultz .. 218
Über die akute Cystitis und die Peritonitis blennorrhoica, von Pini 218
Über zwei Fälle von blennorrhoischer Phlebitis mit partieller Gangrän der Glans des Corpus cavernosum und dor Urethra, von Batut 219
Die Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Prostatitis, von A. Rothschild 219
Prostatitis blennorrhoica, von Thünen 219
Hodenentzündung bei Tripper und Parotitis, von Vandenbrossche 219
Behandlung und Prophylaxis der Blennorrhoe, von Fermi 220
Die Abortivbehandlung des Trippers, von A. F. Plicque 220
Blennorrhoetherapie und Protargol, von Neisser 220
Über die persönliche Prophylaxe und abortive Behandlung der Blennorrhoe, von S. Blanck 221
Multiple blennorrhoische Arthropathien, von Hallopeau 241
Gonokokkenfollikulitis des Präputiums, von Hallopeau 242
Das Itrol bei der akuten Blennorrhoe der Urethra, von Risso 243
Beitrag zur Pathogenese und Behandlung der periurethralen Adenitiden und Abscesse im Gefolge von Blennorrhoe, von Reale 243
Über die Cystitis acuta und die Peritonitis blennorrhoica, von Pini 244
Über eine neue Behandlungsmethode der Urethralblennorrhoe beim Weibe, von J. Arneth 245
Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen? von L. Leven 351
Bemerkungen zu vorstehender Arbeit des Dr. Leonhard Leven: „Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen?“ von W. Scholtz 351
Der gegenwärtige Stand der Frage der Tripperbehandlung beim Manne, von A. Lanz 404
Blennorrhoische Komplikationen, von J. Henry C. Simes 408
Über blennorrhoische Infektion präputialer Gänge, von Alfred Lanz 445
Blennorrhoisches Fieber, von J. Selenew 570
Epididymitis suppurativa gonococcica, von Laurent 579
Auszug aus einer Arbeit über die Immunität der Tiere gegenüber der Blennorrhoe. von Gonzales 606

Verschiedenes.

Seite

Medizinal-Kalender für das Jahr 1901 91
Anleitung zur Zahn- und Mundpflege, von C. Roese 91
Die Hände des Chirurgen, von Gouyon 137
Hat das „Sich versehen" der Mutter einen Einfluſs auf den Foetus in utero? von T. J. T. Mc Hattie 168
Aus der Praxis eines alten Arztes, von Max Leudesdorf 223
Über Infektionsgefahren in den Kurorten und Schutzmaſsregeln gegen dieselben, von Carl Ullmann 223
Filaria und deren Folgen auf den Fiji-Inseln, von M. J. Finncane 224
Hat das Sich-versehen der Mutter irgend einen Einfluſs auf den Foetus in utero? von W. Duncan 224
Afterrohr mit Spülvorrichtung, von Dommer 276
Deutsche Dermatologische Gesellschaft 327
Die Ausnahmebestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes für Geschlechtskranke, von O. Mugdan 328
Eine praktische Signiermethode für Präparate, von Paul Richter 355
Röntgenausstellung 1901 378
Über Züchtung gesunder Menschen, von E. Heddaeus 379
Die Grenzgebiete zwischen Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph 379
Sexuelle Unmäſsigkeit, von Jennie Drennan 380
Über die Beseitigung der Hg- und Jodkaliumdyspepsie, von Bolen 380
Erfahrungen aus der dermatologischen Praxis, von Edmund Saalfeld 380
Muttereindrücke (Sich versehen) im niederen Tierleben, von A. Wilson 452
Das Sanatorium bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von R. D. 484
73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1901 in Hamburg 587
Referat und Kritik, von Fritz König 588

Sachverzeichnis 641
Namenverzeichnis 663

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes-Jadassohn, von E. Heuss (I) 53
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum, von R. Bergh (II u. III) 105
Über das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde, von M. Pelagatti (IV) 169
Histologische Studie über die Wirkung des Chrysarobins in drei Fällen von psoriasisähnlichem seborrhoischen Ekzem, von M. Hodara (V) 381

BOSTON MEDICAL
APR 26 1902
LIBRARY

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 1. 1. Januar 1901.

Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn).

Von

Dr. E. Heuss-Zürich.

Seit der im Jahre 1892 erschienenen grundlegenden Arbeit von Jadassohn über Atrophia maculosa cutis liegen über diese interessante Affektion in der Litteratur nur ganz vereinzelte und überdies in ihrer Deutung nicht durchaus einwandsfreie Beobachtungen vor. Da bei dieser Lücke unseres Wissens über die Atrophia maculosa cutis jeder weitere Fall von Wichtigkeit sein kann und zur Aufklärung beizutragen vermag, so dürfte die Veröffentlichung und Besprechung der beiden folgenden Fälle, die ein glücklicher Zufall in den letzten zwei Jahren mir zuführte, gerechtfertigt erscheinen.

Klinisches.

Im Sommer 1898 konsultierte mich Frau G., Seidenwinderin in Z., 38 Jahre alt, wegen eines seit etwa 1½ Jahren bestehenden Lupus erythematodes, der Gesicht mit angrenzenden Kopfpartien befallen hatte, und wegen dessen sie schon anderweitig erfolglos behandelt worden war.

Aufser dieser Affektion entdeckte ich aber noch auf Rücken, Schultern und Oberarmen eine grofse Anzahl narbenähnlicher Fleckchen, die schon durch Form, Verteilung und Menge von gewöhnlichen Aknenarben, die etwa in Frage kommen konnten, sich unterschieden. Angaben über deren zeitlichen und örtlichen Beginn konnte Patientin nicht machen, ja sie wurde überhaupt erst durch meine Untersuchung auf diese Flecken aufmerksam, zumal subjektive Beschwerden (Jucken, Brennen) vollständig fehlten.

Diese narbenähnlichen Fleckchen, ca. 60—80 an der Zahl, sind ziemlich gleichmäfsig und symmetrisch über Schultern, Rücken und seitliche Brustgegend bis zur Höhe der Anguli scapulae, sowie über die obere Hälfte der Streckseite beider Oberarme verteilt, meist linsen- bis (seltener)

erbsengroſs, auf dem Rücken rundlich, sonst länglich oval, auf den seitlichen Brustpartien und auf den Oberarmen im Verlauf und mit dem Längsdurchmesser den Spaltungslinien der Haut entsprechend angeordnet. Obwohl ohne Pigment- und Entzündungshalo und meist im Niveau der Umgebung liegend, seltener leicht erhaben oder flach eingesunken, heben sie sich doch durch ihre gleichmäſsige bläulich- bis sehnigweiſse, glänzende Färbung, die besonders bei den interskapulär gelegenen Flecken einen Stich ins Rötliche oder Blaurote annimmt, sowie durch ihre — zumal bei schiefer Beleuchtung — wie geschrumpft aussehende Oberfläche scharf von der gesunden Umgebung ab. Am stärksten ausgesprochen ist diese Schrumpfung der im übrigen normalen Oberfläche an den Flecken der seitlichen Brustpartien und der Oberarme. Dieselbe wird durch feinste linienförmige Fältchen, die dem Längsdurchmesser der Efflorescenz entsprechend und parallel zu einander angeordnet sind, hervorgerufen. Spannt man die Haut der Umgebung in passender Weise an, so gleicht sich das Niveau aus; die Fältchen glätten sich und die vorher kaum noch nachweisbare Oberhautfelderung tritt wieder deutlich hervor: kurz, der narbenähnliche Flecken schwindet und unterscheidet sich kaum mehr von der gesunden Umgebung, um beim Nachlassen des Zuges sofort wieder seine frühere Form anzunehmen. Gleitet man mit der Fingerspitze über den Flecken, so fühlt man eine deutliche Resistenzverminderung, eine Lockerung des Gewebes, der Finger sinkt gleichsam in ein kleines Loch, einen Bruchkanal en miniature ein. Die Haut der Flecken erscheint verdünnt, nachgiebiger und läſst sich auf der Unterlage leicht verschieben. Im übrigen ist die Oberfläche des Fleckens nicht verändert, zeigt weder Schuppung noch Gefäſszeichnung. Vereinzelt sichtbare Drüsenporen und Härchen sind von normaler Zahl und Gröſse. — Subjektive Erscheinungen fehlen, wie schon erwähnt, vollständig. Die Sensibilität (Tast- und Temperaturempfindung) über dem Flecken ist normal; doch scheint stärkerer Druck (z. B. mit der Bleistiftspitze) schmerzhafter empfunden zu werden.

Auſser einigen Akneknötchen fanden sich auf dem Rücken, besonders zwischen beiden Schulterblättern, vereinzelte livid- bis mäſsig blaurote, bis linsengroſse, rundlich-ovale Flecken, gleich den oben beschriebenen, ebenfalls zum Teil den Spaltungslinien der Haut entsprechend angeordnet, mit schwach ausgeprägter Oberhautfelderung, flach, ohne Gefäſszeichnung. Weder mit dem Finger, noch mit dem Plessimeter kann man an ihnen Differenzen in Konsistenz, Infiltration etc. nachweisen. Morphologisch lassen sich diese roten Flecken von Roseolae syphiliticae nicht unterscheiden.

Die Untersuchung der übrigen Körperoberfläche ergab auſser einer allgemeinen Trockenheit der Haut normale Verhältnisse: keine Pigmentanomalien, keine Veränderung des Gefäſstonus, kein Dermographismus,

keine Arteriosklerose oder Venektasien. Leistendrüsen mäfsig geschwellt, platt, nicht druckempfindlich; die übrigen normal. Mundschleimhaut intakt.

Die im allgemeinen ordentlich genährte und wohlgewachsene Frau zeigt auf der rechten Lungenspitze relative Dämpfung, abgeschwächtes saccadiertes Atmen, klagt über trockenen Husten. Urin eiweifs- und zuckerfrei. Aufser besonders morgens auftretenden Kopfschmerzen und dem mehr aus kosmetischen Gründen lästig werdenden Lupus erythematodes fühlt sich Patientin im ganzen wohl. Appetit gut.

Vor elf Jahren litt Patientin an häufig und ohne Ursache recidivierenden „Hautschwielen", wobei Handrücken, Streckseite der Arme und Gesicht besonders stark befallen waren; nach zweijährigem Bestehen blieb der Ausschlag spontan aus. Patientin stammt aus hautgesunder Familie, litt nie an Syphilis. Seit 12 Jahren ist sie verheiratet. Ihr Mann und der einzige, achtjährige Knabe (eine Fehlgeburt hatte sie nie durchgemacht) sind gesund. Der Vater und der einzige Bruder der Patientin starben an Lungenschwindsucht; die 70jährige Mutter ist gesund.

So auffallend auch das Aussehen der narbenähnlichen Flecken war und mich schon anläfslich der ersten Konsultation zur Excision eines solchen Fleckens behufs Vornahme einer mikroskopischen Untersuchung bestimmte, so wenig wagte ich aus dem klinischen Symptomenbild allein eine Diagnose zu stellen. Gewifs, eine eigentliche Narbenbildung oder narbige Atrophie, wie sie hier etwa als Folge der gleichzeitig bestehenden Akne in Frage kommen konnte, liefs sich ohne weiteres ausschliefsen. Dagegen sprach, abgesehen von der eigenartig symmetrischen Verteilung und der gleichmäfsigen Form schon die auffallend lockere Beschaffenheit, das „Lochförmige", wie auch die Möglichkeit, durch Anspannen der Haut die „Narbe" zum temporären Schwinden zu bringen. Und Lupus erythematodes, der übrigens hier in charakteristischer Weise den Kopf befallen, zeigt echte charakterische narbige Atrophie, charakteristische Schuppung, ist (bei dieser Lokalisation) nicht so symmetrisch, sehr selten so regelmäfsig kleinfleckig etc. Die Flecken als Residuen eines abgelaufenen Syphilides oder eines Lichen ruber, wie ich in ähnlicher Weise schon beobachtet, aufzufassen, dazu fehlten alle anamnestischen Anhaltspunkte. — Pathologisch-anatomisch konnte es sich nicht um eine Erkrankung der Epidermis handeln: die Oberhautfederung war erhalten, Schuppen- und Bläschenbildung fehlten vollständig etc. Dagegen konnte eine subepidermoidale, in der Papillarschicht oder Cutis liegende Erkrankung atrophischen Charakters wohl in Frage kommen. Hierfür sprachen: die Verdünnung und eigenartige Lockerheit, die umschriebene verminderte Resistenz, die Verschiebbarkeit und Runzelung der Haut.

Bevor ich Zeit zur mikroskopischen Analyse finden konnte, hatte

ich Gelegenheit, den Fall Herrn Prof. JADASSOHN zu zeigen. Derselbe sprach sich auf Grund des makroskopischen Verhalten dahin aus, es möchte hier wohl ein Parallelfall zu seiner anläfslich des dritten Kongresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Leipzig besprochenen Beobachtung von Atrophia maculosa cutis vorliegen. Diese Diagnose fand denn auch durch die kurz darauf von mir vorgenommene mikroskopische Analyse ihre volle Bestätigung. Ehe ich jedoch auf die Darstellung des histologischen Befundes eingehe, möchte ich noch kurz über den weiteren Verlauf des Falles berichten.

Während der viermonatigen Behandlung des Lupus erythematodes, der bei entsprechender Allgemein- (As-) und Lokaltherapie (Resorcin, Pyrogallussäure in Pastenform) fast vollständig zurückging, wie auch später (ich sah Patientin noch vor wenigen Monaten) hatte ich reichlich Gelegenheit, mich von dem äufserst schleichenden Verlauf der Atrophia maculosa cutis zu überzeugen. Innerhalb zwei Jahren (von einer Lokalbehandlung dieser Affektion sah ich natürlich ab) hatten die atrophischen Flecken an Zahl nur spärlich (in toto um etwa 15—20) zugenommen, an Gröfse waren auch die ältesten Efflorescenzen stationär geblieben, d. h. nur ganz vereinzelte waren über Linsengröfse; in Rückbildung begriffen oder verschwunden waren anscheinend keine.

Obwohl von den blafs- bis blauroten zu den weifsen, narbenähnlichen Flecken Übergänge zu konstatieren waren, so dafs der genetische Zusammenhang zwischen diesen Efflorescenzen nicht zweifelhaft sein konnte, so wollte ich doch durch direkte Beobachtung der weiteren Entwickelung eines das Frühstadium repräsentierenden roten Fleckens, wie auch durch die Biopsie mich von der Richtigkeit dieser Annahme überzeugen. Ich markierte mir also einen einzelnen, auf der linken Schulterhöhe befindlichen linsengrofsen roten Flecken und konnte konstatieren, dafs derselbe während ca. zwei Monaten (er mochte vorher vielleicht schon ebenso lange bestanden haben — im ersten Entstehen konnte ich ihn leider nicht beobachten) in Farbe und Form ziemlich stationär blieb, um im dritten Monat allmählich eine mehr ins Blafsbläuliche spielende Färbung anzunehmen, dann abzublafsen, sich auf der Oberfläche leicht zu fälteln und einzusinken. Gegen Ende des dritten Monats (also vielleicht 4—5 Monate nach Beginn) hatte sich ein typisch weifser Flecken von reichlich Linsengröfse gebildet. Damit war der Prozefs zum Stillstand gekommen; gröfser wurde der Flecken nicht. Nie liefsen sich Differenzen in der Färbung von Rand und Centrum nachweisen, nie deutliche Infiltration; noch weniger konnte ich während der zweijährigen Beobachtungszeit die Bildung einer Papel etc. konstatieren. Dagegen findet ein fortwährender spärlicher Nachschub von frischen Efflorescenzen statt. Stets konnte ich einige rote Flecken jüngern Datums unter den zahlreichen weifsen Efflorescenzen auffinden.

Leider hat sich das Allgemeinbefinden der Patientin während der zweijährigen Beobachtungszeit sehr verschlimmert. Während der Lupus erythematodes bis auf die Ohrränder fast vollständig abgeheilt ist, hat das Lungenleiden rasche Fortschritte gemacht: Dämpfung über beiden Lungenspitzen, Rhonchi, trockener Husten, starke Abmagerung etc. — es hat sich eine ausgesprochene Lungentuberkulose entwickelt.

Mit dem Fall von JADASSOHN, dem wir die erste ausführliche makroskopische und mikroskopische Beschreibung dieser Affektion verdanken, zeigt der meinige die gröfste Übereinstimmung, so dafs — trotz mancher Differenzen — an der klinischen Identität, an der Diagnose Atrophia maculosa cutis nicht gezweifelt werden kann.

Wegen der Wichtigkeit für die Auffassung des ganzen Symptomenkomplexes, sei hier die Krankengeschichte des Falles von JADASSOHN[1] im Auszuge wiedergegeben:

Bei einem 18jährigen, an Tumor albus des rechten Knies leidenden Mädchen waren innerhalb Jahresfrist ohne die geringsten subjektiven Beschwerden vorzugsweise auf den Streckseiten beider Arme „rote Flecken" aufgetreten, die allmählich einsanken und sich zu narbenähnlichen Defekten ausbildeten. Neben diesen, bis markstückgrofsen, meist rundlichen, livid- bis blauroten Flecken, die auf Druck gleichsam „leer" erschienen, konnte JADASSOHN die im Laufe von kaum drei Wochen stattfindende Entwickelung eines atrophischen Fleckens aus einer „linsengrofsen, leicht vorspringenden, flachen und dabei leicht erhabenen Efflorescenz, einer trockenen syphilitischen Papel nicht unähnlich", direkt beobachten.

Bei aller sonstigen, bis ins Spezielle gehenden Übereinstimmung in klinischer und histologischer Beziehung unterscheidet sich der JADASSOHNsche Fall im allgemeinen von dem meinigen durch einige kleinere Abweichungen: raschere Entwickelung aus papulösen Efflorescenzen, Lokalisation auf die Arme, spärlichere, aber gröfsere Flecke etc., Differenzen, auf die wir keinen zu grofsen Nachdruck legen dürfen. Noch weniger Bedeutung ist den subjektiven Begleiterscheinungen beizumessen; stechende, rheumatoide Knochenschmerzen etc., die aber erst zwei Jahre nach Einsetzen der Hautaffektion auftraten und schon aus diesem Grunde wohl nur den Wert zufälliger, mit dem Hautleiden nicht in direkter Beziehung stehender Komplikationen haben.

Als JADASSOHN über diesen Fall 1892 in der deutschen dermatologischen Gesellschaft berichtete, schien derselbe ein Unikum in der dermatologischen Litteratur zu bilden. Erst nachträglich entdeckte JADASSOHN einen von THIBIERGE 1891 in der Dezembersitzung der Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie[2] unter der deskriptiven Bezeichnung Atropho-

[1] Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft III. Kongrefs. Leipzig 1892. S. 342.

[2] *Ann. de Derm.* 1891. pag. 1004.

dermie érythémateuse en plaques à progression excentrique vorgestellten Fall, den JADASSOHN trotz einiger Differenzen im klinischen Bild (die mikroskopische Analyse war leider nicht vorgenommen worden) zu seinem Fall in Parallele setzte:

Eine 25jährige Frau hatte zwei runde Plaques auf beiden Wangen. Der eine Flecken war durch die vorhergegangene elektrolytische Behandlung etwas narbig verzogen, zeigte aber gleich dem andern eine rote, auf Druck schwindende Färbung, eigentümlich weiche, lockere Konsistenz, Fehlen jeder Veränderung der Epidermis, schwache, aber deutliche Depression. Beide Stellen waren, ohne sich je über das Niveau der Haut zu erheben, im Laufe von 2 Jahren, resp. 8 Monaten entstanden und hatten nie subjektive Beschwerden verursacht. Der übrige Status, die Anamnese etc. boten nichts Besonderes.

Ich gestehe, daſs ich mich anfangs nicht ganz des Zweifels erwehren konnte, es möchte sich bei diesem THIBIERGEschen Falle um eine ungewöhnliche Form von Lupus erythematodes handeln. Sind doch solche oberflächliche Formen, denen jede stärkere Infiltration, Schuppenbildung etc. abgeht, in der Litteratur bekannt und mir selbst schon begegnet, Fälle, die sich neben dem Fehlen jeder Epidermisveränderung nur durch eine umschriebene, überaus hartnäckige Rötung, durch eine gewisse Succulenz und leichte zentrale Depression auszeichnen, bei denen die Diagnose einzig durch Konstatierung anderweitiger charakteristischer Efflorescenzen, event. durch Ausgang in narbige Atrophie, sicher gestellt werden kann.

Von diesem Verdachte, den ich bei der groſsen Erfahrung so bewährter Diagnostiker wie THIBIERGE und JADASSOHN gar nicht „laut zu denken“ wagte, befreite mich eine Beobachtung, die ich kürzlich zu machen Gelegenheit hatte.

Frl. T. von H. (Kt. Appenzell) konsultierte mich wegen einer Affektion, die vor ca. 7 Jahren schmerzlos und ohne nachweisbare Ursache an der Stirne mit dem Auftreten roter Flecken begonnen hatte. Diese wandelten sich im Laufe der nächsten Jahre zu den gegenwärtigen narbenähnlichen, weiſsen Defekten um. Später wurden auch Nase und Kinngegend befallen, weshalb Patientin, nachdem sie während der 7 Jahre öfters gequacksalbert, gekneippt etc. hatte, sich endlich bewogen fühlte, einen Arzt zu konsulsieren.

Status: Die rechte Kinngegend weist die jüngste, vor etwa 2 Monaten entstandene Efflorescenz auf, einen haselnuſsgroſsen, rundlichen, gleichmäſsig blauroten, scharf konturierten Flecken nur wenig über das Niveau der Umgebung sich erhebend, mit glatter, nicht schuppender Oberfläche, welche Drüsenporen und feine Wollhärchen deutlich erkennen läſst. Auf Glasdruck schwindet die rote Farbe vollständig, ohne mit der gesunden Umgebung kontrastierende Verfärbungen zu hinterlassen. Die Stelle fühlt sich auffallend weich, locker an. Keine Randinfiltration. —

Auf Nasenrücken und -wurzel ein fortgeschritteneres Stadium, vielleicht ein Jahr bestehend: ziemlich symmetrisch in der Mitte gelegen ein gut haselnufsgrofser, rundlicher, scharf konturierter Flecken, nach oben und seitwärts ausstrahlend, von diffus lividroter Färbung, gegenüber der Umgebung etwas eingesunken, nicht schuppend, mit deutlich sichtbaren, doch nicht erweiterten Drüsenporen. Die Haut des Fleckens ist verdünnt, läfst sich jedoch leicht verschieben und in Fältchen aufheben. Unter dem Diaskop verschwindet die rote Färbung vollständig; bei Palpation fühlt sich die Stelle deutlich eingesunken, „leer" an.

Am ältesten, wohl sieben Jahre bestehend, sind die Veränderungen auf der Stirn: je zwei zu beiden Seiten, nicht symmetrisch gelegene, erbsen- bis bohnengrofse, unregelmäfsig rundliche bis ovale, weifsglänzende Flecken, scharf begrenzt, wenig eingesunken, ohne Entzündungshalo oder Pigmentrand. Oberfläche glatt, Follikelzeichnung und Oberhautfelderung schwach ausgebildet. Im übrigen Verhalten entsprechen sie den Flecken auf Nase und Kinn.

Die Flecken, auch die roten am Kinn, sollen im Verlaufe der Erkrankung an Gröfse nicht zugenommen haben, die Schweifs- und Talgsekretion ist auch über den erkrankten Stellen erhalten, die Haut fühlt sich überall leicht fettig an. Subjektive und objektive Sensibilitätsstörungen fehlen vollständig und sollen auch weder vor noch nach dem Auftreten der Efflorescenzen bestanden haben.

Die übrige Körperoberfläche ist intakt; speziell sind Ohrränder und Fingerrücken frei. Keine Urticaria factitia, keine Drüsen oder Narben.

Patientin war in ihren Kinderjahren skrophulös (Drüsen, Augenkatarrhe), machte aber sonst keine schwereren Krankheiten durch. Allgemeinbefinden im ganzen gut, trotz einer seit Jahren bestehenden „Blutarmut" (gegenwärtig 80% Hämoglobin nach Gowers); hier und da hat sie über Kopfschmerzen und Müdigkeit in den Beinen zu klagen. Leichter, trockener Husten, über der rechten Lungenspitze relative Dämpfung und (unsicher) inspiratorische Rasselgeräusche. Appetit gut.

Der Vater starb an Lungenschwindsucht, die Mutter am „Nervenfieber", der Bruder in früher Kindheit an den Folgen eines Falles; die einzige lebende Schwester ist schwindsüchtig.

So verlockend es auch war, behufs mikroskopischer Untersuchung eine Excision, sowie zur Untersuchung der Reaktion der Flecken eine Tuberkulininjektion vorzunehmen, so mufste ich doch aus leicht begreiflichen Gründen hiervon absehen; auch von einer photographischen Aufnahme wollte die etwas mente capta Patientin nichts wissen. — Da Patientin in der Folge sich nicht mehr vorstellte, kann ich über den weiteren Verlauf leider nichts berichten.

Es handelte sich hier also um eine chronische, keine subjektiven

Beschwerden verursachende Dermatose, die mit lividroten, runden, succulenten Efflorescenzen im Gesicht auftrat und zur Bildung subepidermoidaler weifser, atrophischer Flecken führte.

Was konnte hier vorliegen? Das ganze Bild war so charakteristisch, dafs ich in Erinnerung an meinen ersten Fall sofort die Diagnose auf Atrophia maculosa cutis stellte. In Frage konnte höchstens noch Lupus erythematodes kommen, eine in der Ostschweiz bekanntlich gar nicht so seltene Erkrankung. Doch fehlten, abgesehen von der Übereinstimmung in Lokalisation (Gesicht) und Verlauf (Chronicität) Erscheinungen, die den Lupus erythematodes charakterisieren: der scharfe, erhabene, stärker infiltrierte, rote Rand, die in den erweiterten Follikeln tentakelartig festhaftenden Schuppen, der Ausgang in eigentliche Atrophie u. s. w.

Aufser durch Sitz und Gröfse der Efflorescenzen unterscheidet sich dieser zweite Fall in nichts von unserem ersten; sogar die gleichzeitige Lungentuberkulose fehlte nicht. Zugleich zeigte dieser zweite Fall aber auch mit jenem von THIBIERGE eine so auffallende Übereinstimmung (nur war die Erkrankung entsprechend der längeren Dauer ausgebreiteter), dafs an der klinischen Zusammengehörigkeit und damit an der Diagnose Atrophia maculosa cutis nicht mehr gezweifelt werden konnte.

Histologischer Befund und Histogenese.

Zur mikroskopischen Untersuchung kamen zwei circa erbsengrofse, den verschiedenen Stadien entsprechende Hautstückchen. Beide entstammten meiner ersten Patientin.

Die Efflorescenzen wurden in toto mit der umgebenden, makroskopisch normalen Haut ohne vorhergehende Kälte- oder Kokainanästhesie excidiert, in Celloidin eingebettet und mit dem Mikrotom auf 15—20 μ geschnitten, das zweite Stück in fortlaufender Serie. Die Färbung des elastischen Gewebes geschah nach der TÄNZER-UNNAschen Orceinmethode; zur Differenzierung der anderen Gewebsbestandteile kamen UNNAS polychromes Methylenblau (Nachbehandlung mit Glycerinäthermischung oder Orange-Tanninlösung), Hämatoxylin-VAN GIESON und die von KROMAYER modifizierte WEIGERTsche Fibrinfärbung in Anwendung, ausnahmsweise und mehr zur Kontrolle noch einige andere, weiterhin im Texte angegebene Färbungen.

1. Der „rote Flecken“ (siehe Fig. 1), dem Initialstadium entsprechend, wurde dem Rücken entnommen, war etwa linsengrofs, rundlich, von blafsroter Färbung, weder infiltriert noch eingesunken, gegen die gesunde Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt.

Die mikroskopischen Veränderungen sind auffallend geringfügiger Natur und beschränken sich bei Kernfärbung auf eine sehr mäfsige kleinzellige Infiltration um die Gefäfse der Cutis, weniger um die der

Papillarschicht. Erst bei Orceinfärbung tritt als zweites Moment ein anscheinend von den infiltrierten Gefäfsen ausgehender, mäfsiger Elastinschwund hinzu.

Die Epidermis erscheint vollständig intakt. Sie ist in allen ihren Schichten von normaler Dicke, Lagerung und Struktur, ist deutlich konturiert und gefärbt und nicht eingesunken; die Epithelzapfen sind gut ausgebildet, die Abgrenzung gegen die Papillarschicht scharf.

Auch Papillarschicht und Cutis zeigen, wenn wir von Zellinfiltration und Elastinschwund absehen, normale Verhältnisse: Die Papillen sind gut ausgebildet, weder vergröfsert noch abgeplattet, die Cutis nicht verbreitert. Das kollagene Gewebe verhält sich in Bezug auf Tinktionsfähigkeit, Aussehen und Faserverlauf vollständig normal. Lymphgefäfse und Gewebsspalten sind nicht erweitert, wie überhaupt Zellgewebsödem vollständig fehlt.

Die im ganzen mäfsig zu nennende Zellansammlung ist am deutlichsten, doch nicht überall gleichmäfsig, an den Gefäfsen der oberen und mittleren Cutislagen ausgeprägt: stärker um die Teilungsstellen der Gefäfse und um die Haarbälge, schwächer längs den Gefäfsen der Papillarschicht. Das Infiltrat besteht zum gröfsten Teil aus einigen längs und um die Gefäfse mehr oder weniger dicht angeordneten Lagen kleiner, einkerniger, protoplasmaarmer Zellen mit relativ grofsem Kerne, also eigentlichen Lymphocyten, ein Befund, wie er bei chronischen Entzündungen ganz gewöhnlich ist. Mehrkernige Leukocyten sind keine anzutreffen. Die Bindegewebszellen weisen keine Zeichen von Wucherung auf. In der näheren und weiteren Umgebung der Gefäfse, doch nicht einmal in jedem Schnitt, finden sich vereinzelt kleine Mastzellen von rundlich-spindeliger Formen. Plasmazellen fehlen vollständig. Bemerkenswerte Veränderungen zeigen hier und da die Wände der in der Cutis verlaufenden Gefäfse. Stellenweise, nicht überall — denn man trifft auch Gefäfse, die auf längere Strecken im Längsschnitt zu verfolgen sind, aber abgesehen von der zelligen Infiltration ihrer Umgebung sich vollständig normal verhalten — sind deren Wände verdickt, hervorgerufen durch eine deutliche Gröfsenzunahme und Vermehrung der Endothelzellen. Letztere springen stark nach innen vor, so dafs es stellenweise zu einer Verengerung des Lumens kommt, ein Befund, der beim „weifsen Flecken" noch deutlicher ist. Die Zellen sind gequollen, die Kerne nicht mehr deutlich, nur schwach tingierbar, das Protoplasma ist feinkörnig und stärker lichtbrechend, wie bei hyaliner Entartung.

Was uns jedoch am meisten interessiert, ist das Verhalten des elastischen Gewebes. Wider Erwarten und im Gegensatz zum „weifsen Flecken", ist der Elastinschwund in diesem Stadium nur sehr mäfsig zu nennen; an den peripheren Partien, besonders bei tangentialen Schnitten, ist er so gering, dafs wir den Defekt, hätten wir unsere Aufmerksamkeit

nicht speziell darauf gerichtet, leicht übersehen würden. Vor allem läfst sich feststellen, dafs der Ausfall des elastischen Gewebes sich eng an die Gefäfse, an die Zelleninfiltration und deren Umgebung hält, und dafs er dort, wo die Zellansammlung am stärksten ist, gewöhnlich ebenfalls am deutlichsten ausgesprochen ist, also in der Cutisschicht entsprechend dem Verlauf der Gefäfse nach oben, in der Umgebung der Gefäfsverzweigungen, um die Haarfollikel. Auffallenderweise ist der Elastinschwund nicht auf das Gebiet der Infiltration beschränkt; er reicht vielmehr darüber peripher hinaus, so dafs die Zellherde noch von einer mehr oder weniger breiten elastinfreien, im übrigen normalen, rein bindegewebigen Zone umgeben sind. Hier und da können wir, zumal bei stärkerer Vergröfserung und guter Abblendung, in den elastinfreien Partien, sogar mitten in den Zellherden, zarte dünne Fäserchen erkennen, die ihrer schwachen Orceinfärbung, ihres gewundenen Verlaufes etc. wegen sich als elastische Fasern oder deren Abkömmlinge ausweisen.

2. Durchaus deutlicher sind die Veränderungen am „weifsen Flecken“ (siehe Fig. 2). Derselbe ist der Streckseite des linken Oberarms entnommen und war ebenfalls in toto zugleich mit seiner nächsten gesunden Umgebung excidiert worden. Makroskopisch fehlten Rötung, Infiltration und Gefäfszeichnung vollständig; er war narbenartig leicht eingesunken, weifs, und gegen die gesunde Haut scharf begrenzt.

Aufser einer nur angedeuteten Lockerung der Hornschicht, lagen einer schwachen Verschmälerung der Stachelschicht und leichten Verkürzung der Epithelzapfen, sowie einer auf Verengerung der Interspinalräume zurückzuführenden dichteren Lagerung der Stachelzellen bot die etwas eingesunkene Epidermis auch bei starker Vergröfserung keine Veränderung. Dagegen waren umschriebener Elastinmangel und mäfsige Gefäfsinfiltration auch hier die am meisten hervortretenden histologischen Veränderungen, nur dafs der Elastindefekt viel ausgedehnter, die Gefäfsinfiltration dagegen eher geringer war. Räumlich war die gleichmäfsig schwache Zellansammlung viel weiter verbreitet und liefs sich bis an die Ränder des Schnittes d. h. auch in die makroskopisch anscheinend vollständig gesunden Hautpartien verfolgen, während der Elastinschwund mehr die zentraleren Partien einnahm. Vergebens versuchte ich Differenzen in der Intensität der Zellinfiltration aufzufinden, in der Art, wie sie JADASSOHN in seinem Falle beschrieben hat, bei dem an den peripheren Partien des leeren Fleckens die zellige Ansammlung um die Gefäfse viel intensiver war als in den zentralen. Wenigstens gelang es mir an den zur Kontrolle nur mit Kernfärbung behandelten Schnitten nicht, die Grenzen des „weifsen Fleckens“ durch den Nachweis etwaiger stärkerer Zellinfiltration an der Peripherie allein festzustellen. Bei aufmerksamer Vergleichung kann man allerdings, wenn auch sehr inkonstant, leichte Differenzen in der Art

der Infiltration der zentralen Partien gegenüber jener der peripheren konstatieren: dort sind sie dichter, schärfer abgegrenzt, hier lichterer, ausgedehnter, d. h. innerhalb des leeren Fleckens halten sich die Rundzelleninfiltrate dichter an die Gefäfswände, und heben sich dadurch als schmale, aber zellreichere Stränge von der im ganzen zellarmen Umgebung scharf ab. Die Rundzellen selbst sind, sich gegenseitig abplattend, dicht an die Wände der im ganzen etwas gestreckter verlaufenden Gefäfse angepreſst, diese mehr oder weniger komprimierend, so dafs dieselben streckenweise fast lumenlos, nur noch durch zwei dicht nebeneinander gelagerte parallele Reihen schmaler, in die Länge gezogener Kerne der Endothelzellen markiert sind. Hier und da kann man auch mitten in rundlichen Zellherden eine kreisförmige Gruppierung von abgeplatteten Zellen erkennen, die ganz an den Querschnitt verödeter Kapillaren erinnert.

Die deutlichste und hier noch mehr als beim „roten Flecken" in die Augen fallende Veränderung ist der umschriebene Mangel des elastischen Gewebes. Wie sich an Serienschnitten sehr schön verfolgen läfst, beginnt der Ausfall des Elastins — und ich kann mich hier der von JADASSOHN gegebenen vorzüglichen Beschreibung vollständig anschlieſsen — in der Umgebung der Gefäfse der oberen und mittleren Cutislagen, gewöhnlich an mehreren benachbarten Partien zugleich. Nach oben zu dehnen sich die Defekte, dem Gefäfsbaum entsprechend, immer mehr aus, flieſsen ineinander, um endlich eine elastinfreie Zone von der Gestalt eines mehr oder weniger abgestumpften, mit der Basis gegen die Epidermis zu gelegenen Kegels oder einer Pyramide zu bilden. Am längsten hält sich das elastische Gerüst der Papillarschicht als ein von der Seite gegen die Mitte zu immer schmäler werdender Saum von feinstem Netzwerk. Je mehr die Schnitte dem Centrum des weifsen Fleckens entstammen, desto mehr weicht das guirlandenförmige Geflecht der elastischen Fasern in der Papillarschicht seitwärts, so dafs in den zentralen Schnitten die elastinlose Zone am gröfsten, und ein mehr oder weniger grofser Bezirk der Cutis und Papillarschicht vollständig von elastischen Elementen frei ist. Auch in diesen Präparaten reicht die Zellinfiltration weiter peripherwärts als der Elastinschwund, denn die Randpartien zeigen, während die elastische Faserung noch vollständig intakt ist, bereits deutliche kleinzellige Infiltration. Schwachgefärbte Elastinfäserchen lassen sich, jedoch ohne spezielle Prädilektionsstellen (z. B. an den Rändern) zu zeigen, spärlich da und dort im „leeren Flecken" nachweisen.

Die kollagenen Fasern bieten normale Tinktionsverhältnisse, sind aber dichter gelagert, flacher verlaufend, ohne Spalträume; die Gefäfse bilden, wie schon oben beschrieben, schmale zellreiche Stränge, die im ganzen ebenfalls horizontaler verlaufen. Gelbkörnige Pigmentzellen sind in spär-

lichster Anzahl in der Nähe der Gefäfse zu entdecken (das Epith ist frei davon); Mastzellen fehlen dagegen vollständig, ebenso Plasz Die Musculi arrectores stechen schon durch ihren Kernreichtum : im ganzen zellarmen kollagenen Gewebe hervor; Talgdrüsen un bälge, um welche die Infiltration besonders stark auftritt, verhal im übrigen normal, ebenso die Schweifsgänge (abgesehen vom verlust). Über das Verhalten der Schweifsdrüsen, wie auch d cutanen Gewebes gaben die leider zu oberflächlich geführten Schnit Auskunft.

Über die Histogenese der Atrophia maculosa cutis kann na vorliegenden Befunde, zumal im Zusammenhalt mit dem kli Symptomenbild, kein Zweifel mehr bestehen. Als erste Verä tritt eine von den Gefäfsen der Cutis ausgehende auf die Gefäl Papillarschicht sich fortsetzende Rundzelleninfiltration auf, sich räumlich und zeitlich direkt als Folgeerscheinung ein umschri Verlust des elastischen Gewebes anschliefst — eine Auff die auch im klinischen Bild (dem Erscheinen des atrophischen Fl geht eine umschriebene Röte oder sogar eine prominente Infil voran) eine Stütze findet.

Damit ist die auch von JADASSOHN aus klinischen Gründen z gewiesen Annahme widerlegt, die Infiltration möchte dem Elastinsch folgen und sei aufzufassen als sekundäre Wucherungserscheinung Wegfall eines Wachstumshindernisses oder, wie z. B. BUZZI in seinem artigen Falle (s. u.) annimmt, als Ausgleich der durch den Elastinv herbeigeführten Gleichgewichtsstörung.

1. Wie haben wir aber die Ansammlung einkerniger R zellen um die Gefäfse zu deuten? Nach unserer heutigen, aller recht verschwommenen Auffassung von dem Begriffe der Entzündung das mikroskopische Bild im Verein mit den klinischen Erscheinu wohl keine andere Deutung zu als die, dafs es sich hier um einen den Gefäfsen ausgehenden, überaus chronisch verlaufenden minimalen zündungsvorgang handelt. Allerdings müssen wir, wenn wir nur unsere eig beiden Fälle berücksichtigen, den Entzündungsbegriff sowohl klinisch histologisch modifizieren und erweitern, klinisch insofern, als der GALENsche Symptomenkomplex Rubor, Tumor, Calor, Dolor bis auf e mehr oder weniger ausgesprochene lividrote Verfärbung vollständig fe mikroskopisch, als der Befund nicht den COHNHEIMschen Postulaten Entzündung entspricht. Abgesehen von der nur klinisch festgestellt mikroskopisch aber — was allerdings bei Alkoholhärtung wenig besag will — nicht nachweisbaren Gefäfserweiterung fehlen fast alle histolo schen Veränderungen, die wir für den Begriff der Entzündung als me oder weniger notwendig erachten: Auswanderung mehrkerniger Leuk

cyten, Proliferation der fixen Gewebselemente, Erweiterung der Lymphgefäfse und Gewebsspalten etc. Und eine Neubildung von Bindegewebe, die gerade für chronische Entzündungen einen charakteristischen Befund bildet, liefs sich, wie wir später noch sehen werden, ebenfalls nicht konstatieren, im Gegenteil, es handelte sich um einen rein destruktiven, nur auf das elastische Gewebe beschränkten Prozefs.

Unter solchen Umständen ist es reine Konventionssache, ob wir diese entzündungsähnliche Affektion als echte Entzündung ansprechen, oder ob wir sie mit einer anderen mehr deskriptiven Benennung, z. B. als regressive Ernährungsstörung mit reaktiven Reizerscheinungen bezeichnen wollten. Für das Verständnis des Prozesses ist damit wenig gewonnen, und deshalb möchte ich mich dennoch der Ansicht von JADASSOHN, wonach es sich bei Atrophia maculosa cutis um einen eigenartigen Prozefs chronisch entzündlicher Natur handelt, anschliefsen. Noch näher gelegt wird diese Auffassung einesteils bei Berücksichtigung des Falles von JADASSOHN, der die Entwickelung atrophischer Flecken aus Papeln konstatieren konnte, dann im Hinblick darauf, dafs eine ganze Anzahl chronischer Hautaffektionen (ich erinnere nur an Ichthyosis, Psoriasis, Hyperkeratosis follicularis etc.), die in ihren minimalen Entzündungserscheinungen klinisch und mikroskopisch kaum von der Atrophia maculosa cutis differieren, dennoch gewöhnlich zu den entzündlichen Dermatosen gerechnet werden.

Den Wucherungserscheinungen seitens des Gefäfsendothels mit folgender Verengerung und Verödung des Lumens möchte ich keinen gröfseren Wert für die Auffassung des Krankheitsbildes beimessen. Einerseits sind solche endarteriitische Prozesse in unserem Fall nicht allgemein, andererseits sind sie eine konstante Erscheinung bei solchen chronisch entzündlichen Prozessen, die zu Atrophie und Narbenbildung tendieren. Eine solche Endarteriitis obliterans beobachten wir daher bei allen zu Sklerose des Bindegewebes führenden Prozessen (Keloid, Sklerodermie, Ulcus durum specificum), bei allen zur Atrophie führenden Entzündungen (UNNAS Ulerytheme, senile Atrophie, Alopecie, Atrophie nach Pityriasis rubra etc.), wobei neben Intimawucherung mit sekundärer Gefäfsverödung die Kontraktion des Narbengewebes, in unserem Fall der Druck des seiner Stütze, des Elastins, beraubten kollagenen Gewebes begünstigend mitwirken.

2. An zweiter Stelle nenne ich den Elastinschwund, der zwar zeitlich später erscheint, jedoch am meisten und für das klinische und histologische Bild bestimmend in den Vordergrund tritt. Wie am deutlichsten aus Präparaten des „roten Fleckens" hervorgeht, zeigt sich der Defekt anfangs ausschliefslich in der nächsten Umgebung der entzündlich infiltrierten Gefäfse, dort, wo die Zellinfiltration am intensivsten und wohl auch am frühesten auftritt, nämlich an den Gefäfsen der Cutis, des

Haarbalgs etc. Dieser Elastinverlust folgt den entzündlichen Erscheinungen nicht unmittelbar auf dem Fuſse, sondern diese müssen jedenfalls schon geraume Zeit, Wochen, vielleicht Monate, dem Verlust der elastischen Fasern vorgegangen sein. Das beweisen die neben minimalem oder sogar fehlendem Elastindefekt schon alle Zeichen einer chronischen Entzündung bietenden Präparate des „roten“ Fleckens, wie auch die ausgebreiteten entzündlichen Erscheinungen an der Peripherie des „weiſsen Fleckens“, wo von Elastinschwund noch nichts zu entdecken ist. Zuerst an den Gefäſsverlauf sich haltend, dehnt sich der Elastinschwund bald auch auf die nächste, nicht infiltrierte Umgebung aus, sodaſs, wie wir gesehen, der Zellherd, das Gefäſs in der Mitte, ganz von einer elastinfreien, im übrigen aber nicht veränderten bindegewebigen Zone umgeben ist.

Wie haben wir uns das Schwinden des elastischen Gewebes zu erklären? Daſs hier nicht ein nur scheinbarer Verlust des Elastins, z. B. eine Verdrängung desselben vorliegt, etwa eine traumatische Distension in der Art, dass die elastischen Fasern infolge eines erhöhten Druckes — mag derselbe nun aus der Tiefe stammen wie bei schnell wachsenden Tumoren, Schwangerschaft etc. oder in Veränderungen der Haut selbst (akutes Ödem, Bluterguſs) begründet sein — auseinander getrieben, auf die Seite gedrängt oder sogar zerrissen werden, wie es z. B. bei den Striae gravidarum der Fall ist, oder wie es Balzer für seine „Macules atrophiques postsyphilitiques“ beschrieben, dafür haben wir weder anamnestische noch klinische Anhaltspunkte. Wir konstatieren weder ein vorausgegangenes „Trauma“ (im weitesten Sinne), weder flüssige oder zellige Infiltration (wenigstens nicht in stärkerem Grade), noch — als Folgeerscheinung — Anhäufung elastischer Fasern an der Peripherie.

Oder hat vielleicht eine regressive Metamorphose des elastischen Gewebes sich bemächtigt, in der Weise, daſs dasselbe eine Art Umwandlung oder Entartung eingegangen, also wenn auch verändert, doch noch vorhanden ist, aber auf unsere bekannten Elastinfärbungsmittel nicht mehr „reagiert“, das Orcein z. B. nicht mehr festhält? Daſs derartige Veränderungen vorkommen können, ist bekannt. So finden wir bei Striae gravidarum, bei Narben, Myxödem, seniler und colloider Entartung der Gesichtshaut, aber auch bei rein entzündlichen Prozessen wie Erysipel, im Gewebe Fasern, die mit den sauren Orceinlösungen nicht mehr oder nur sehr schwach, umgekehrt dagegen mit alkalischen Lösungen basischer Farbstoffe (z. B. polychromem Methylenblau) sehr intensiv sich färben, elastische Fasern, die statt acidophil basophil geworden sind, und welche Unna Elacin benannt hat. Bei der vorliegenden Möglichkeit einer solchen Entartung färbte ich daraufhin mit den verschiedenen von Unna angegebenen Methoden (Methylenblau—Tannin, Wasserblau – Saffranin), doch mit negativem Erfolg.

Gewifs war damit noch nicht ausgeschlossen, dafs das Elastin doch eine, unseren heutigen Färbemethoden nicht zugängliche Metamorphose eingegangen war. Die Untersuchungen einiger Beobachter machen eine solche paraelastische Umwandlung im Gegenteil gar nicht unwahrscheinlich. Während nach KROMAYER[3] die Regeneration des elastischen Gewebes in Narben im allgemeinen sehr langsam, erst nach Jahren erfolgt, konnte KRÖSING[4] schon sieben Wochen nach Abheilung papulöser Syphilide eine vollständige Restitution der elastischen Fasern beobachten, indem in den frischen Papeln selbst das elastische Gewebe wohl teils vollständig verschwunden, ein „nicht unbeträchtlicher Teil elastischer Fasern aber als farblose (d. h. durch Orcein nicht färbbare), sonst unveränderte Gebilde, nachzuweisen war, die trotz der Farblosigkeit an ihrem starken Lichtbrechungsvermögen, ihrer scharfen Seitenrändern und ihrer eleganten Schlängelung von Bindgewebsfasern unterschieden werden können." Doch vergebens wandte ich neben Orcein noch verschiedene andere Färbemethoden auf Elastin an (Fuchsin - WEIGERT, Saffranin nach MIBELLI, Kalilauge-Eosin nach BALZER, Fuchsin-Zuckerlösung nach MANCHOT), das „Loch blieb leer." Eine colloide oder hyaline Degeneration des Elastins, die, obwohl eine Alterserscheinung, nach REIZENSTEIN ausnahmsweise auch vor dem 40. Jahre auftreten kann, liefs sich tinktoriell ebenfalls sicher ausschliefsen.

So bleibt denn einzig die Annahme eines totalen Schwundes des Elastins bei vollständigem Erhaltenbleiben des kollagenen Gewebes übrig. Wohl sind gewöhnlich die Verhältnisse gerade umgekehrt: das Elastin erweist sich gegenüber chemisch-pathologischen Einflüssen, unter denen das Bindegewebe vollständig einschmilzt, enorm widerstandsfähig. Ich brauche nur an den Sputumbefund bei Lungentuberkulose zu erinnern, wo mitten in Eiter und nekrotischen Gewebsmassen die elastischen Fasern noch vollständig erhalten sind, oder an das Carcinom, das Sarcom, wo das Elastin in Folge der reichlichen Zellwucherung wohl zur Seite gedrängt, sonst aber vollständig erhalten sein kann, ferner an Lichen ruber, oder an gewisse Syphilide, wo es im nekrotischen Gewebe noch unvermindert nachweisbar ist. Doch giebt es umgekehrt auch entzündliche Prozesse, denen das Elastin eine bedeutend geringere Resistenz entgegensetzt. Im Gegensatz zur Atrophia maculosa cutis sind dies aber meist Affektionen, die mit stark entzündlichen Veränderungen, mit hochgradigem Ödem, starker Gewebsinfiltration, Destruktion und Neubildung von Bindegewebe einhergehen. Sind doch nach UNNA für das elastische Gewebe

---

[3] KROMAYER, *Derm. Zeitschr.* 1896. S. 269.

[4] KRÖSING, Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut. *Derm. Studien* 18. Heft. S. 85.

überhaupt drei Dinge gefährlich: Überschwemmung mit alkalischen Gewebssäften, Wucherung der Bindegewebszellen und des kollagenen Gewebes, also phlegmonöse Entzündungen, Granulome, narbenbildende Prozesse u.s.w. Bei der Atrophia maculosa cutis handelt es sich aber weder um das eine noch das andere.

Unbeantwortet bleibt damit die Frage, ob die schwach gefärbten elastischen Fäserchen, die wir da und dort in „leeren Flecken" finden, als restierende oder als neugebildete Fasern oder als Degenerationsprodukte aufzufassen sind.

Dafs es sich nicht um restierende Fasern handeln kann, geht schon aus deren Feinheit hervor; man müfste denn die unwahrscheinliche Annahme machen, dass zarte Fäserchen resistenter seien als grobe.

Schwieriger gestaltet sich die Beantwortung der Frage: handelt es sich um neugebildete elastische Fasern? Mit deren Entscheidung findet gleichzeitig auch die sehr wichtige Frage: Findet eine Neubildung von Bindegewebe statt? ihre Erledigung. Denn nach den Untersuchungen einer Reihe von Forschern wie UNNA, PASSARGE etc., speziell aber von KROMAYER über die Histogenese der Narben, Naevi, ist die Neubildung elastischer Fasern an die Neubildung von Bindegewebe gebunden. Wir müssten also, die Annahme einer Neubildung von Elastinfasern als richtig vorausgesetzt, bei Atrophia maculosa cutis auch neu gebildetes Bindegewebe vorfinden. Dies glaube ich aber verneinen zu können. Schon die mit den gewöhnlichen Übersichtsfarben (Methylenblau, Hämatoxylin, VAN GIESON) erhaltenen Resultate sprechen gegen eine Neubildung von Bindegewebsfasern, indem im Präparat dieselben sowohl ihrer Struktur als Lagerung nach von der Norm kaum abweichen. Aber auch die Anwendung der von UNNA[5] und speziell von KROMAYER[6] empfohlenen Methoden zum tinktoriellen Nachweis neugebildeten kollagenen Gewebes liefs keine Zweifel aufkommen. Während bei gelungener Färbung nach KROMAYER (die auf dem Objektträger fixierten möglichst dünnen [5 μ] Schnitte werden mit einer Farblösung: conc. wässerigen Methylviolettlösung 1 Teil, Anilinwasser 2 Teile übergossen und sofort mit H_2O abgespült; die Färbung ist leider sehr difficil) die neugebildeten Bindegewebsfasern rot-violett gefärbt werden, bleiben die kollagenen Bündel der normalen Cutis nur schwach oder unregelmäfsig tingiert. Der negative Ausfall dieser Färbung bewies, dafs eine Neubildung von Bindegewebe — wenn es nicht schon durch die fehlenden Wucherungserscheinungen seitens der Bindegewebszellen deutlich war — nicht vorhanden sein konnte.

Es bleibt daher nur die Annahme übrig, diese feinen Fäserchen trotz

---

[5] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 19. S. 509.
[6] *Derm. Zeitschr.* 1896. S. 268.

Übereinstimmung in Färbung, Form etc. mit neu gebildeten elastischen Fasern und trotz Fehlen anderer charakteristischer Degenerationsprodukte des Elastins (dicke, plumpe, ausgenagte, zerklüftete oder körnig zerfallene Fasern) als degenerierte alte elastische Fasern aufzufassen.

Noch zwei Erscheinungen im histologischen Bilde bleiben zur Beantwortung übrig:

a) Die eigenartige Form des „leeren Fleckens", ein mit der breiten Basis der Epidermis zugewandtes Dreieck, Trapezoid, oder, körperlich genommen, eine abgestumpfte Pyramide bildend. Dieser in Form und Anordnung so grofse Konstanz zeigende Elastinausfall findet durch den Verlauf der von der Cutis nach oben zu baumartig sich verästelnden Gefäfse, von denen der Elastinschwund ja ausgeht, eine befriedigende Erklärung. — b) Schwieriger scheint es mir, eine Erklärung dafür zu finden, wieso das überaus feine, darum doch gewifs nicht widerstandsfähigere Elastinnetz der oberen Papillarschicht am längsten sich hält. Man könnte sich denken, dafs hier das elastische Gewebe, welches der Papillarschicht entsprechend einen kuppelförmigen Bau zeigt, durch die dem Elastinschwund in den unteren Schichten folgende Einsenkung und Ausgleichung des Papillarkörpers trotz Abnahme in einen relativen Überschufs gerät, wodurch ein mäfsiger Elastinschwund der Beobachtung leicht verborgen bleiben kann. — Einfacher und darum auch wahrscheinlicher scheint mir der Grund in der peripheren Lage des Elastinnetzes zu liegen, indem die Wirkung des elastinzerstörenden Agens ja zuerst von den entfernteren Gefäfsen in der Cutis ausgeht; vielleicht mag aufser der geschützten Lage auch noch die unmittelbar darüber liegende Epidermis mit ihren sauer reagierenden Stoffwechselprodukten das längere Erhaltenbleiben des Elastinnetzes in der Papillarschicht begünstigen.

Aus obigen Untersuchungen geht also hervor, dass bei Atrophia maculosa cutis die Einwirkung des entzündlichen Prozesses sich elektiv nur auf das elastische Gewebe beschränkt, dafs das sonst viel weniger widerstandsfähige Bindegewebe vollständig intakt bleibt, ebensowenig aber deutlichere Wucherungserscheinungen zeigt, und dafs eine Restitution von elastischem Gewebe nicht stattfindet.

Gegen den letzten Passus dieser Schlussfolgerung könnte man allerdings noch den Einwand erheben, dafs bei einem so überaus chronisch verlaufenden Prozefs, wo die einzelnen Phasen der Entzündung und der Destruktion der Gewebsbestandteile zeitlich so weit auseinander liegen, ein letztes Stadium, die Restitution der elastischen Fasern, wohl noch gar nicht der Untersuchung vorgelegen hat. Ich gebe die Berechtigung, aber nicht die Wahrscheinlichkeit dieses Einwandes zu; denn ich konnte klinisch während der zweijährigen Beobachtungszeit oder, wie im zweiten Fall, nach siebenjährigen Verlauf auch nicht die Spur einer Abheilung an den

einzelnen Flecken konstatieren, mikroskopisch waren auch am „weifsen Flecken", welcher, einzelnen Symptomen (Farbe, Gröfse, beginnende Atrophie der Oberhaut) nach zu schliessen, schon „alt" sein mufste, noch deutliche Erscheinungen einer, wenn auch geringen Entzündung nachzuweisen.

Im umschriebenen Schwund des elastischen Gewebes finden aber die klinischen Symptome eine befriedigende Erklärung.

Während nämlich so minimale Entzündungserscheinungen, wie sie sich beim „roten Flecken" abspielen, bei normal beschaffener, d. h. elastinhaltiger Haut makroskopisch wohl kaum zum Ausdruck gelangen dürften, konstatieren wir hier in diesem ersten Stadium schon eine deutliche Röte. Durch das Schwinden der direkt um die Gefäfse liegenden elastischen Fasern fällt die Spannung, welche die Wandungen in einem gewissen mittleren Equilibrationszustand erhält, weg, und die Gefäfse werden jetzt durch die wenn auch sehr geringen Entzündungserreger ungehindert ad maximum gedehnt, zumal die weitere Umgebung der Gefäfse durch die dort noch erhaltene elastische Gerüstsubstanz vor dem vollständigen Zusammensinken und der daraus resultierenden Kompression der Gefäfse bewahrt wird. Erst wenn der Elastinschwund weiter um sich greift und einen gröfseren „leeren Flecken" bildet, sinkt das der Stütze entbehrende kollagene Gewebe der Umgebung in toto in sich zusammen und komprimiert und verengt die Gefäfse: es bilden sich die fast lumenlosen Gefäfsstränge, die wir im „weissen Flecken" gefunden. Eine gleiche Erklärung findet die Weichheit und Lockerheit der Gewebe, die Verengerung der Lymph- und Spalträume, die kompakte, fast horizontale Lagerung der kollagenen Bündel: mit dem Schwinden des Elastingerüstes, das gegen die Epithelgrenze zu sogar ausgesprochene Gewölbekonstruktion zeigt, verliert das kollagene Gewebe seinen Halt, fällt zusammen, und komprimiert die Gewebsflüssigkeit haltenden, der Stützvorrichtung ebenfalls beraubten Räume; das Gewebe nimmt an Volumen ab, die Epidermis sinkt ein und legt sich, da sie wegen Aufhören der Spannung und der geringeren Ausdehnung der zu deckenden Fläche nunmehr zu weit geworden ist, in Fältchen, sie wird runzlich. Durch die vom Elastinschwund bedingte geringere Verschiebbarkeit der Cutismaschen kommt es (eine Beobachtung, die wir z. B. auch bei den Distensionsstreifen der Schwangerschaftsnarben machen) sekundär zu einer Art Inaktivitätsatrophie der Oberhaut, noch begünstigt vielleicht durch die mangelhafte Ernährung derselben: die Epidermis wird dünner, die Epithelzapfen werden kürzer, die Interspinalräume enger. Dafs die Oberhautfelderung, wie auch die Formation der Papillarschicht im ganzen noch erhalten bleibt, findet seine Begründung darin, dafs die Struktur des kollagenen Gewebes, die Lagerung der Bindegewebsfibrillen wenig gelitten hat, indem z. B. die kunstvoll in

Rhomben angeordneten Fasern des kollagenen Maschenwerkes in der Cutis wohl flacher, spitzwinkliger zu einander verlaufen, ihre gegenseitige Lagerung aber im allgemeinen beibehalten haben, im Gegensatz zu den Schwangerschaftsstriae, wo infolge der durch Überdehnung auseinander gezerrten und parallel zu einander geschichteten kollagenen Faserbündel die Oberflächenzeichnung vollständig verloren gegangen ist. Aber ebenso sehr spricht dieser Befund gegen die zumal von KROMAYER vertretene Ansicht, es möchte bei der Atrophia maculosa cutis um eine unmerklich vor sich gehende Einschmelzung und Zerstörung des kollagenen Gewebes mit gleichzeitig oder unmittelbar darauf folgendem Ersatz durch Narbengewebe, kenntlich am Fehlen der elastischen Faserung, sich handeln. Das würde ganz andere Strukturverhältnisse, auch in der Papillarschicht und der Epidermis zur Folge haben, nämlich Narbenbildung mit Verlust der Oberhautfelderung.

Wie wohl kaum bei einer anderen Affektion können wir umgekehrt aus dem durch den elektiven Verlust des Elastins bedingten Ausfall der physiologischen Erscheinungen auf die physikalischen Eigenschaften der elastischen Fasern zurückschließen. Wären letzteren wirklich so „weich elastisch" wie vielfach angenommen, so würden das Einsinken der kollagenen Gewebes, die Verengerung und Verödung des Gefäßlumens als Folge des Elastinschwundes schwer verständlich sein. Die Veränderungen sind nur durch die Annahme zu erklären, daß den elastischen Fasern neben einem hohen Grade von Elastizität auch eine bedeutende Widerstandsfähigkeit und Resistenz gegenüber mechanisch deformierenden Einflüssen, wie Druck etc. eigen ist, eine Eigenschaft, auf die besonders auch NEKAM[1] aufmerksam macht, während er aber umgekehrt alle Elastizität dem elastischen Gewebe ab und ganz dem Bindegewebe zuspricht. Daß aber den elastischen Fasern neben einem hohen Maß vollkommener Elastizität, durch die sie z. B. die Wandungen der großen Arterien befähigen, die „unaufhaltsam wiederkehrenden systolischen Ausweitungen immer von neuem auszugleichen (HIS)", überdies noch ein nicht geringer Grad von Starrheit innewohnt, wodurch es ihnen möglich wird, Druck und Zug einen relativ großen Widerstand entgegen zu setzen und dem Gewebe als Stützsubstanz zu dienen, geht aus ihrem Verhalten bei Atrophia maculosa cutis hervor.

Auffallend ist — und diesen Punkt halte ich für ebenso charakteristisch wie den Elastinschwund selbst — die schon oben hervorgehobene fehlende Restitution des elastischen Gewebes, die, wie unser zweiter Fall beweist, auch nach jahrelangem Bestehen noch vollständig ausbleiben kann. Es ist dies um so bemerkenswerter, als, wie ich mich selbst durch einige Untersuchungen an Impf- und anderen Narben überzeugen konnte, der besonders

[1] *Ann. de Derm.* 1895. S. 109.

von KROMAYER verfochtene Grundsatz zu Recht besteht, daſs je langsamer (und oberflächlicher gelegen) die Neubildung von Gewebe vor sich geht, je weiter sie also theoretisch von einer entzündlichen Granulationsbildung entfernt ist, um so rascher und reichlicher die elastischen Fasern sich wieder ersetzen. Anscheinend liegen die Verhältnisse für Wiederersatz des Elastins bei Atrophia maculosa cutis gerade besonders günstig, da es sich hier nicht um Granulationsbildung mit sekundären Schrumpfungsvorgängen und daraus resultierender derber Konsistenz des Bindegewebes handelt, Momente, die nach GOLDMANN ein Hindernis für das Einwachsen des elastischen Gewebes bilden. Ein gleich abnormes Verhalten zeigen allein die Striae gravidarum: hier, wo die Verhältnisse zur Restitution des elastischen Gewebes anscheinend ebenfalls günstig liegen, da jede Entzündung und daraus resultierende tiefe narbige Zerstörung fehlt, und wo die elastischen Fasern nur durch ein Trauma auseinander gedrängt und dislociert worden sind, fehlt ebenfalls jedes Anzeichen einer Regeneration des Elastins.

Das klinische Bild: elektiver umschriebener Elastinschwund bei minimalsten Entzündungserscheinungen, und fehlende Restitution desselben verleiht der Atrophia maculosa cutis ein so eigenartiges Gepräge, daſs wir in der gesamten Pathologie der Haut vergebens nach ähnlichen Erkrankungen suchen. Man könnte nach GUTTENTAG[8] versucht sein, SACKS Ulerythema sycosiforme (die Sycosis lupoïde von BROCQ) mit der Atrophia maculosa cutis in Parallele zu setzen; denn bei diesem Prozeſs, der sich in der elastinreichen Bartgegend abspielt, kommt es zu einer vollständigen Vernichtung der elastischen Fasern, während das kollagene Gewebe, obwohl rarefiziert, noch vorhanden ist. Aber abgesehen von dem total verschiedenen klinischen Bild zeigt auch der histologische Aufbau tiefgreifende Differenzen: akute exsudative Entzündungsvorgänge mit Plasmombildung, wobei es nur in dessen unmittelbarem Bereich zu Elastinschwund kommt, starkes Ödem etc., sodaſs ich diese Affektion histogenetisch wohl eher gewissen chronisch-infektiösen Prozessen, wie Hauttuberkulose, Spätsyphiliden, Lepra etc., die ohne Ulceration narbenähnliche Defekte hinterlassen können, anreihen möchte.

(Schluſs dieser Arbeit und die dazu gehörige Tafel erscheinen im nächsten Heft.)

---

[8] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 13. S. 133.

Über den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer).

Mitgeteilt von

Dr. Josef Sellei,

em. Assistent der königl. ungarischen dermatologischen Universitätsklinik,
Leiter der Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten
des öffentlichen Ambulatoriums „Teleia" in Budapest.

Schwimmer hat die in der Mundhöhle, an der Zunge und an den Lippen auftretende weißlich-graue Affektion Leukoplakie benannt, welche eine idiopathische, reine Schleimhautkrankheit ist und daher mit gar keinem konstitutionellem Leiden in Zusammenhang gebracht werden kann.

Seiner Ansicht nach erscheint die Leukoplakie in zweierlei Formen und zwar 1. daß sich auf der Mundschleimhaut, Zunge und Lippe weiße Flecke bilden, welche entweder alleinstehend sind oder aber zusammenfließen und, wie dies bei der Zunge der Fall ist, daß sich die Papillen oder 2. daß sich das Epithel verdickt und die Papillen zusammendrückt.[1]

Es gebührt Schwimmer der Vorrang, daß er diese Krankheit richtig erkannte und beschrieb; zwar hatten englische Ärzte schon vor Erscheinen (1878) seiner Arbeit ähnliche Krankheiten erwähnt, jedoch auf die klinische Selbständigkeit dieses Leidens hat Schwimmer als erster hingewiesen, und so gebührt vollends ihm die Priorität.

Über die klinische Selbständigkeit der Leukoplakie können heute mehr keine Zweifel aufkommen. Es stehen schon eine große Anzahl von Beobachtungen zu unserer Verfügung, und diese bekräftigen die richtigen Behauptungen Schwimmers.

In den Jahren 1894—95 und 96 hatten wir an der Klinik für Hautkrankheiten[2] unter 8899 sich meldenden Kranken in 22 Fällen die Diagnose der Leukoplakie gestellt; unter diesen waren:

Leukoplakie linguae.....	10
labii oris	10
in lamina praep.	2
	22

das ist ein Prozentsatz von 0,259 % der gesamt vorgekommenen Krankheitsfälle.

---

[1] Schwimmer, Leukoplakie. Monographie 1878.
[2] Josef Sellei, *Orvosi Hetilap.* 1897.

Diese sämtlichen Fälle waren ausschliefslich idiopathische Leukoplakien, demnach solche Fälle, welche der Schwimmerschen Beschreibung und Auffassung gänzlich entsprachen.

Obzwar Schwimmer den klinischen Begriff der Leukoplakie gründlich präzisierte und das durch ihn beschriebene Leiden die Fachmännner überall anerkannt haben, fällt es bei Durchsicht der darauf Bezug habenden neuesten Litteratur doch ins Auge, dafs die Autoren, überhaupt was die Ätiologie dieser Krankheit anbelangt, einer der Schwimmerschen Lehre abweichenden Anschauung sind. Wenn sich die Autoren der Schwimmerschen „Leukoplakie"-Benennung auch anschliefsen, reihen sie doch unter diese Benennung solche Erkrankungen, welche anderen Ursprunges sind und welche demnach mit der eigentlichen Schwimmerschen idiopathischen Leukoplakie überhaupt nicht identisch sind.

Sehen wir nun, was verstand also Schwimmer unter „Leukoplakie", und wie erläuterten dies andere, besonders französische Autoren.

Schwimmer bezeichnete mit „Leukoplakie" eine solche selbständige Erkrankung, welche immer idiopathisch auftritt, und daher

1. weder mit der Syphilis,
2. noch mit einem anderen Hautleiden, vorzugsweise mit Psoriasis, in Zusammenhang steht.

Dieses Leiden kann Jahre, jahrzehntelang bestehen, ohne jede weitere Unannehmlichkeiten für das Individuum. In vielen Fällen ist es aber der Ausgangspunkt eines Krebses, weshalb auch die Prognose immer ernst genug werden kann. — Obzwar Schwimmer in seinem Originalartikel überhaupt über leukoplakische Veränderungen der Mundschleimhaut und der Zunge berichtet, haben die späteren Beobachtungen aufser allem Zweifel festgestellt, dafs Leukoplakie auf jeder Schleimhaut, also auch auf der Urethra, Vulva etc. vorkommen kann, und diese Veränderungen mit der auf der Mundschleimhaut auftretenden Krankheitsform identisch sind.

Als Ursachen des Leidens stellt Schwimmer folgende ätiologische Momente auf: 1. Einfluſs von Störungen der Verdauung, 2. lokale, chronische Einwirkungen des Tabaks (Nikotins).

Sicherlich figuriert aber jeder chronische Reiz der Schleimhaut als ätiologisches Moment. So im Munde aufser Tabak Alkohol, ständiger Genuſs scharfer Gewürze, schlechte Zähne; in der Vulva längere Zeit bestehender Pruritus (Perrin).

Schwimmer schliefst demnach von den Krankheitsursachen aus: die arthritische Diathese der Franzosen, und so auch alle jene Momente, welche mit einer „Syphilis-Diathese" in Kombination gezogen werden könnten. Sagt er ja selber,[3] dafs seine auf diesen Punkt Bezug habenden

[3] l. c.

Erfahrungen zu denen der meisten Beobachter im Gegensatze stehen, da die durch Syphilis hervorgerufene Epithelverfärbung von der gleichzeitig auftretenden idiopathischen Form zu unterscheiden ist. Für diese präcise Absonderung hat sich bis jetzt noch niemand entschlossen, warum wir auch diese zwei pathologischen Formen sehr oft verwechselt und das „idiopathische" Prinzip nicht streng genug beobachtet finden. So erwähnt auch schon SCHWIMMER Fälle, aus welchen klar hervorgeht, daſs die Syphilis nicht die Ursache dieses Leidens sein kann, schon auch deshalb nicht, da Syphilis auch bei solchen auftritt, die mit Leukoplakie schon vorher behaftet waren. Die Franzosen verfechten aber hartnäckig die Anschauung, daſs die Syphilis ein ätiologisches Moment der Leukoplakie ist, wie dies die hieherschlägigen Arbeiten von BROCQ, BESNIER, FOURNIER, VIDAL beweisen. Diese Anschauung hat sich noch bis in die neueste Zeit aufrecht erhalten, und auch PERRIN, der Referent über Leukoplakie hat am vierten in Paris abgehaltenen internationalen Dermatologenkongreſs der Syphilis eine bedeutende Rolle in der Ätiologie beigemessen.

Bei der Durchsicht der neuesten deutschen Litteratur finden wir auch in der Abhandlung JANOVSKIS,[4] daſs die Syphilis in vielen Fällen die eigentliche Ursache der Leukoplakie ist.

Abgesehen davon, daſs in der Ätiologie der Leukoplakie — wie schon erwähnt — luetische Antecedentien sehr oft absolut fehlen, könnte noch ein zweites Moment in Betracht kommen, nämlich, daſs luetische Produkte sehr selten carcinomatös entarten. Die Leukoplakie der Zunge, des Mundes etc. geht aber sehr oft in Carcinom über. Obzwar NEUMANN[5] das Vorhandensein „nicht" luetischer Leukoplakien anerkennt, sah er sowohl bei diesen als auch bei syphilitischen Pachydermien (Leukoplakia syphilitica) Carcinome auftreten; es ist natürlich, daſs, wenn solche leukoplakische Individuen mit Syphilis behaftet werden, es nichts leichteres giebt, als die zwei Krankheiten in einem kausalen Nexus zusammenzubringen, ja dies auch dann, wenn die manifeste Leukoplakie krebsig entartet, könnte man diese auf ein krebsig entartetes Gumma oder auf ein spätluetisches Produkt zurückführen.

Wir können daher folgender Erklärung NEUMANNS auch nicht gänzlich beistimmen:

Ohne über die in Diskussion stehende Frage der parasitären Entstehung, namentlich der Cancroide, ein Urteil abzugeben, können wir doch die Thatsache nicht übergehen, daſs die Mundhöhle Sitz zahlreicher Arten von Mikroorganismen ist und auch aus gummösen und tuberkulösen Geschwüren der Zunge Cancroide sich entwickeln, gleichwie an anderen

[4] JANOVSKI, Über das Verhältnis der Leukoplakia oris zur Syphilis. (*Wiener med. Wochenschr.* 1879.)
[5] NEUMANN, Syphilis 1899.

Organstellen, wo ähnliche Verhältnisse obwalten. Bemerkenswert ist auch, dafs der Übergang in Carcinom in der Regel dann stattfindet, wenn in dem originären Herd regressive Prozesse (Zerfall, Geschwürsbildung) platzgegriffen haben und die Invasion der Mikroorganismen kein Hemmnis findet. Die Möglichkeit des Überganges der Pachydermia syphilitica in Epitheliom verleiht ihr eine hohe klinische Bedeutung.

Schon SCHWIMMER hebt die differentiellen Unterschiede zwischen der eigentlichen Leukoplakie und spätluetischen Produkten, namentlich Narbenbildungen hervor. So ist es vor allem anderen von Wichtigkeit, dafs luetische Plaques nicht blofs auf der Zunge lokalisiert bleiben, sondern auch auf die Tonsillen und den Pharynx sich erstrecken, und wenn selbe z. B. die Zunge befallen, dieselben sich auf dieser nicht so ausbreiten, als die Leukoplakie, von welcher diese im ganzen behaftet zu werden pflegt. Auch sind die übrigen luetischen Antecedentien in Betracht zu ziehen.

So ist es von Wichtigkeit, dafs die eigentliche Leukoplakie auf antisyphilitische Behandlung nicht heilt, sich nicht verändert; dafs im Gegensatz zur Lues diese ständig auf einen Ort lokalisiert bleibt und nicht wie bei Lues bald auftritt, bald verschwindet. Aufserdem fehlen bei der Leukoplakie andere für die Lues pathognomische Symptome. Die Drüsen sind nicht vergröfsert, nur wenn die Leukoplakie carcinomatös entartet. Bei syphilitischen Plaques finden wir sowohl Drüsenanschwellungen als auch andere Syphilide auf der Haut oder anderen Ortes wenn nicht momentan, so jedenfalls bei längerer Beobachtung.

So wie der Syphilis stehen wir auch den übrigen Hautleiden gegenüber, mit welchen man die Leukoplakie in Zusammenhang gebracht hat. So hatten die älteren Autoren diese hauptsächlich mit Psoriasis in Zusammenhang gebracht, und zwar weil diese einerseits ein ziemlich häufiges Hautleiden ist, andererseits aber weil zwischen Psoriasis und der sogenannten arthritischen Diathese ein kausaler Nexus bestände, und so die auf der Zunge oder Mundschleimhaut auftretenden weifsen Epithelauflagerungen ebenfalls mit jener Diathese in Zusammenhang wären, welche das Auftreten der Psoriasis bedinge. Die auf der Haut auftretenden objektiven Symptome der Psoriasis vulgaris (die starke Schuppenauflagerung) konnten aber mit den weifsen Epithelauflagerungen der Schleimhaut auch etwas in Verbindung gebracht werden. Viele französische Autoren legen auch noch in neuester Zeit dem psoriasischen „Arthritismus" ein prädisponierendes Moment bei.

Auch bezüglich dieses Punktes gebührt SCHWIMMER das Verdienst die Begriffe geklärt zu haben. Trotz alldem gelangt SCHÜTZ[6] im An-

[6] SCHÜTZ. Über Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898.

schlusse eines Falles, zu der Überzeugung, dafs das Zusammentreffen der Leukoplakie mit Hautleiden, welche mit Epithelauflagerungen — so mit Psoriasis, Tyloma palmarum, Eccema chron. squamos. verbunden sind, nicht auf Zufall beruht, sondern, dafs zwischen diesen im Organismus ein causaler Nexus besteht. Einer ähnlichen Ansicht ist LISSAUER[7], der bei 50 Psoriatikern in 10 Fällen Leukoplakie gefunden haben will, er erwähnt jedoch, dafs seine Patienten starke Tabakraucher waren.

Es ist selbstverständlich, dafs ebenso wie mit Syphilis die Leukoplakie auch mit diesem Leiden gar nichts gemein hat, und dafs die durch SCHWIMMER festgestellte Schleimhautkrankheit eine alleinstehende, klinisch gänzlich unabhängige Krankheitsform ist.

Wenn wir demnach weder die Syphilis noch eine andere „Diathese" als Krankheitsursache annehmen können, müssen wir andererseits anderer pathologischer Momente, auf welche neuester Zeit CARUCCIO und DELBANCO hingewiesen, gedenken, als solcher, welche mit der Leukoplakie thatsächlich in pathologischer Beziehung in Verbindung gebracht werden können. So sucht CARUCCIO[8] zwischen der Leukoplakie der Vulva und der Infiltration der Lymphfollikel einen causalen Nexus. DELBANCO[9] aber beschreibt die in der Mundschleimhaut ziemlich oft vorkommenden Talgdrüsen, welche bisher der Aufmerksamkeit der Ärzte entgangen sind. Ich bin der Ansicht, dafs bei Aufklärung der aetiologischen Momente der Leukoplakia oris die Beobachtung DELBANCOS nicht aufser Acht gelassen werden kann. Aufgabe der weiteren Forschungen wird jedenfalls die Aufklärung des Verhältnisses zwischen diesen Talgdrüsen und der Leukoplakie, respektive der aus der letzteren entstandenen Carcinomen sein. —

Den Perzentsatz der aus den Leukoplakien sich bildenden Carcinomen könnte man am leichtesten aus den gemeinsamen statistischen Daten der Dermatologen, Chirurgen und Laryngologen feststellen. Leider legten die Chirurgen bis nun bei den Mundschleimhaut-Carcinomen auf die leukoplakischen Antecedentien kein grofses Gewicht. — Unter 68 Fällen WEISS[10] kam es in 31, unter PERRINS 124 Fällen in 38 zur carcinomatösen Degeneration; SCHWIMMER stellte den Perzentsatz auf 15—25%.

Die Frage, welche Leukoplakien in Carcinome übergehen, ist noch immer offen.

---

[7] LISSAUER, Über das Verhältnis von Leukoplakie und Psoriasis vulgaris. *Deutsch. med. Wochenschr.* 1899.

[8] Jahrbuch der italien. Darmatolog.-Gesellschaft, s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. I.

[9] *Monatsh. f. prakt. Dermatolog.* 1899. Bd. II.

[10] SONTAGH, FELIX, *Belgyógy. kezikönyve.* III K. 29.

Die neoplastische Degeneration der Leukoplakie weist nach PERRIN zweierlei Arten auf u. z. eine papillomatöse, welche von guter Prognose ist, und eine carcinomatöse. Sehr oft erleidet aber auch die papillomatöse Form eine carcinomatöse Degeneration.

Um das Verhältnis zwischen der Leukoplakie und den aus denselben hervorgegangenen Carcinomen festzustellen, habe ich mehrere leukoplakische Fälle histologisch untersucht, welche ich dann mit Fällen verglich, welche positiv SCHWIMMERsche idiopathische Leukoplakien waren und später carcinomatös degenerierten. Es ist nicht ohne Interesse zu erforschen, wie denn die eigentliche Leukoplakie in Carcinom übergeht.

Nach PERRIN geschieht die Entwickelung des Carcinom auf zweierlei Arten u. a.: „dans la première la leucoplasie cède progressivement la place au cancroide par décératinisation régressive, c'est l'epithéliomisation des ulcérations et fissures au niveau des régions décératinisées. Le processus est le plus fréquent. Dans le second, l'épithélioma peut naitre directement de globes epidermiques apparaisant au milieu des cellules cornées."

Bevor ich meine diesbezüglichen Erfahrungen in Kürze vorbringe, sei es mir gestattet die Histologie der Leukoplakie so wie selbe SCHWIMMER, die übrigen Autoren, und auch ich in meinen Fällen gefunden, zu rekapitulieren.

Bei der idiopathischen Leukoplakie ist die wesentlichste Veränderung im Corium zu finden und dieses ist der wahrscheinlichste Ausgangspunkt der Krankheit (SCHWIMMER). In diesem ist aufser Zelleninfiltration eine starke Vermehrung der elastischen Fasern zu konstatieren. Auch um den Blutgefäfsen erreicht die kleinzellige Infiltration einen ziemlich hohen Grad. An vielen Orten ist das Lumen der Blutgefäfse durch Verdickung der Adventitia verkleinert. Die Corpora papillaria sind schmal und kurz. Demzufolge sind die Retefortsätze ausgebuchtet und stellenweise erweitert, verdickt. Bezüglich des Stratum granulosum finden wir bei den Autoren sehr widersprechende Anschauungen. Die Ursache dieser Widersprüche liegt darin, dafs das Verhältnis zwischen Eleidin respektive Keratohyalin und normaler Hornhautbildung noch bis zu jüngster Zeit unbekannt war.

SCHECHS[11] Ansicht gemäfs wäre das Eleidin vermehrt. Bei Leukoplakie ist im Stratum granulosum Keratohyalin immer zugegen, sehr oft sogar stark vermehrt; die Zellen des Stratum granulosum erscheinen der aufgehäuften und vermehrten oberen Epithelzellen wegen abgeplattet. Sogar die Zellen der Retefortsätze sind platter, was seinen Grund in den oben

[11] SORTAGH, FELIX, *Belgyógy. kezikönyve* III.

erwähnten Verhältnis findet. Die obere Epithelschichte bildet nämlich eine derbe Masse, welche bei den verschiedenen Gewebsfärbungen auf seine Zellenelemente nicht isoliert werden kann und eine 1—2 mm dicke Schicht bildet.

Beim histologischen Studium der carcinomatösen Degeneration der Leukoplakie fällt es auf, dafs die carcinomatöse Wucherung regelmäfsig von dem Epithel aus geschieht. Es ist nämlich ersichtlich, dafs die Rete-Ausläufe in das Corium hineinwachsen, und mit dem oberen Epithel durch einen dünnen Fortsatz in Zusammenhang bleiben, oder aber sich absondern. Die übrigen Veränderungen stimmen mit den gewöhnlichen Veränderungen des epithelialen Carcinoms überein.

Resumé: Die Schwimmersche Leukoplakie ist trotz der neueren Einwendungen hauptsächlich französischer Autoren eine selbständige und wie von der Syphilis, so auch von jeder anderen Hautkrankheit gänzlich unabhängige Schleimhaut-Erkrankung.

Aus der Praxis.

Mitteilung über Ichthargan.

Von

Dr. Rintema-Rotterdam.

Die Empfehlung von Leistikow in dieser Zeitschrift hat mich veranlafst, Ichthargan in meiner Praxis zu versuchen; obwohl sonst kein Freund von der Anwendung ziemlich unbekannter Heilmittel — in der Regel warte ich ab, bis von mehreren Seiten die günstigen Resultate bestätigt werden — war es, nebst dem günstigen Urteil von Leistikow, die chemische Zusammensetzung des Ichthargan, welche mich dazu brachte, von meiner Gewohnheit abzuweichen.

In akuten Fällen von Gonorrhoe habe ich es zu wenig angewandt, um darüber mit der nötigen Bestimmtheit zu berichten. In allen akuten Fällen, wo bedeutender Schmerz und Ausfluſs vorhanden sind, ziehe ich vorläufig noch die antiphlogistische Methode vor.

Sehr gut, ja ich möchte sagen glänzend, hat sich das Ichthargan bewährt in chronischen Fällen, wo der berüchtigte Morgentropfen noch immer seine Aufwartung macht und Fäden in dem Urin vorhanden sind.

Da mache ich entweder Ausspülungen der Harnröhre und Blase mit sehr verdünnten Lösungen von Arg. nitr., Kalium permang., Protargol etc., oder mit der Ultzmannschen Spritze Instillationen konzentrierter Heilmittel. Welche von beiden Methoden gewählt wird, hängt von verschiedenen Umständen ab, worauf ich hier nicht näher eingehen will. Wie gesagt, habe ich in letzter Zeit in vielen chronischen Fällen Ichthargan zu den Ausspülungen gebraucht in Konzentrationen von 1 auf 10000 bis 1 auf 5000. Die Technik und die Methode, wie sie Janet populär gemacht hat. Die Flasche, aus der die Flüssigkeit kommt, soll nicht höher gehalten werden als höchstens zwei Meter, sehr oft ist ein Meter genügend. Je höher die Flasche, desto verdünnter sollen die Lösungen sein.

Instillationen habe ich angewandt mit Lösungen bis zu 2%.

Mit den Erfolgen beider Behandlungsweisen bin ich sehr zufrieden. Der Überfluſs an wirklich guten Mitteln in der Therapie der Gonorrhoe ist nicht so groſs, daſs es Eulen nach Athen tragen heiſst, wenn man auf ein neues die Aufmerksamkeit lenkt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1900. Band 54, Heft 1.

I. **Das Syringocystom**, von J. Neumann-Wien. Nach einem kurzen, kritischen Überblick über die bisher in der Litteratur publizierten einschlägigen Fälle geht Verfasser zu seinen eigenen Beobachtungen über.

Bei den ersten der mitgeteilten Fälle besteht die Affektion seit der Kindheit und ist charakterisiert durch zahlreich regellos disseminierte, runde oder ovale, teils flache, teils sphärische, hirse- bis hanfkorngroſse Knötchen, deren Farbe zum Teil von der normalen nur wenig verschieden, zum Teile mattgrau, hellbraun und hellrosenrot erscheint. Befallen ist die Vorderfläche des Stammes von der Clavicula abwärts bis zum Nabel. Am dichtesten besät von den Efflorescenzen sind die Subclaviculargruben und die Seitenflächen des Thorax. An den Mammis, wo sie halbkugelförmig prominieren, sind sie am gröſsten, nahezu halberbsengroſs, teils gelblich, teils lividrot. Einige ähnlich aussehende, aber kleinere Knötchen sitzen an den unteren Augenlidern.

In dem zweiten Falle, der eine 24jährige Patientin betraf, datierte die Affektion seit der frühesten Kindheit. An der Haut des Stammes, namentlich in der Gegend der Achselhöhle, ferner an den Claviculargruben beiderseits, über der Bauchwand, an den Schulterblättern sieht man mohnkorn- bis halberbsengroſse erhabene, hellrote, glatte, derbe, regellos disseminierte Knötchen. Nirgends ist eine Anordnung in Gruppen oder Streifen, entsprechend dem Verlaufe von Gefäſsen oder Nerven, wahrzunehmen.

In Form, Farbe, Dimension und Lokalisation erinnern die Geschwülstchen ent-

fernt an Myome, lebhafter an Xanthoma multiplex, dessen eigentümliche Farbe jedoch den Efflorescenzen abgeht.

Die mikroskopische Untersuchung hat eine wenig veränderte Epidermis, in der Cutis dagegen grofse, cystenartige, teils mit dünner, teils mit starker Wandung versehene runde oder ovale Hohlräume ergeben. Einige derselben zeigen zapfenförmige Fortsätze ihrer Wandung, welche von zahlreichen gleichartigen epithelialen Zellen gebildet werden. Diese Zellen haben reichliches körniges Protoplasma und einen bläschenförmigen, gut tingiblen Kern. Manche Hohlräume sind mit diesen epithelioiden Zellen erfüllt, in anderen, welche die Mehrzahl bilden, erweisen sich die Zellen als ein homogener, kolloidartiger, stark rot (mit Eosin) gefärbter Wandbelag. Es läfst sich bei starker Vergröfserung unschwer erkennen, dafs der eigentümliche Inhalt der Hohlräume aus den Epithelien ihrer Wandung durch kolloide Degeneration entstehen.

Aus diesen und weiteren Befunden ergiebt sich mit voller Bestimmtheit, dafs das Wesen dieser höchst seltenen Hautkrankheit auf einer cystenartigen Erweiterung der Schweifsdrüsenausführungsgänge, teils ohne, teils mit Beteiligung der Drüsenknäuel und anderer Gebilde der Haut beruht.

II. **Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster**, von W. Kopytowski-Warschau. Die Histologie des Herpes zoster hat in den letzten Jahren nur sehr wenig Bearbeiter gefunden, während es an klinischem Material nicht gefehlt haben konnte. Verfasser hat es sich deshalb zur Aufgabe gestellt, das in den letzten vier Jahren sorgfältig gesammelte Material, welches 16 Fälle umfafste, histologisch zu untersuchen. Als Ausgangspunkt diente ihm die Beschreibung der patholog-histologischen Veränderungen bei Herpes zoster in Unnas Histopathologie der Hautkrankheiten, teilweise auch die Pfeiffersche Darstellung im Handbuch über die Protozoen als Krankheitserreger. Obgleich beide Autoren ziemlich gleiche Veränderungen in den Epithelien beschreiben, so gehen doch ihre Ansichten über das Wesen des Zoster weit auseinander. Was Pfeiffer für Coccidia hält, sieht Unna für ballonierende Entartung an. Verfasser will bei seinen Untersuchungen auch die Frage entscheiden, ob man es hier mit Parasiten oder mit Degenerationsvorgängen zu thun hat.

Er teilt zunächst im folgenden in chronologischer Reihenfolge die Krankengeschichten seiner Fälle mit.

Die in diesen Fällen von Herpes zoster beobachteten Veränderungen der Zellen lassen sich zur leichteren Orientierung folgendermafsen gruppieren:

1. Zellen mit geschrumpften Kernen, mit Kernfarbstoffen lebhaft tingierbar. Diese Zellen enthalten stets um die verschieden grofsen und geformten Kerne freie Räume; das Protoplasma gruppiert sich an den Zellrändern und läfst sich oft mittels Färbung von der Zellmembran nicht unterscheiden.

2. Zellen, wo das Protoplasma trotz der geschrumpften, lebhaft gefärbten Kerne, die ganze Zelle erfüllt. In diesen Fällen färbt sich das Protoplasma lebhaft homogen. Zuweilen zerfallen die Kerne, und es fallen Chromatinkörner heraus; dann bekommen wir homogene Hornplättchen, welche sich wie verhornte Epidermis färben.

3. Zellen mit bläschenförmigen Kernen. Diese Zellen sind gewöhnlich kugelig oder eiförmig, die Kerne färben sich schwach, sehen blafs aus und besitzen lebhaft tingierte Kernkörperchen. Am häufigsten treten diese Zellen vereinzelt, seltener gruppenweise im Blaseninhalt auf.

4. Zellen mit atrophischen Kernen. Die ganze Zelle erscheint als schwach durchscheinendes Klümpchen. Zuweilen enthält dieselbe einen durchscheinenden, nicht tingierbaren, entarteten, von feinsten Chromatinkörnchen umgebenen Kern. In anderen Klümpchen liegen die Chromatinkörner in der Peripherie des Zellkörpers.

Zwischen den Formen 3 und 4 giebt es eine ganze Reihe Übergangsformen, deren endgiltiger Ausgang ein homogenes, durchscheinendes Klümpchen ist.

5. Sehr häufig traten in den Präparaten vielkernige Zellen auf, von denen man wieder zwei Formen unterscheiden kann, bei der einen sind die Kerne durch dunkelgefärbte Linien von einander geschieden, bei der anderen fehlt eine solche Scheidewand zwischen den Kernen.

Cutis und Papillen erwiesen sich als stark infiltriert, dagegen war die Zahl der Leukocyten im Bläscheninhalt verhältnismäfsig sehr gering. Auch nach Ablauf des Prozesses schwindet die Infiltration der Papillen und der Cutis nicht sofort.

Rote Blutkörperchen fanden sich im Blaseninhalte in gröfserer Menge nur in einem Falle. Nach Gram färbbare Kokken fanden sich im Blaseninhalte zweier Fälle in grofser Zahl.

Nerven waren nirgends aufzufinden.

Die morphologischen Veränderungen in den Seitenteilen der Blase bestanden in verschieden grofsen und geformten leeren Räumen im Zellprotoplasma. Die Zahl dieser in vivo wahrscheinlich mit einer Flüssigkeit erfüllten Vacuolen war verschieden. Zuweilen bemerkte man in den Zellen nur eine Vacuole, zuweilen waren diese jedoch so zahlreich, dafs das Protoplasma einen fast retikulären Bau besafs. Parasiten fanden sich niemals in den Vacuolen.

Nach der Ansicht des Verfassers ist die von Unna genannte retikulierende Degeneration nichts anderes als die von O. Weber im Jahre 1865 beschriebene hydropische Degeneration, welche in den späteren Stadien die retikulierende Form giebt.

Die Veränderungen der im Blaseninhalt und Boden gelegenen Zellen sind ganz andere, weil der den Herpes hervorrufende Entzündungsreiz, wie es scheint, an diesen Stellen am intensivsten gewirkt hat. Alle Veränderungen der Zellen, wenn auch mit zahlreichen Übergangsformen fallen unter einen und denselben Prozefs, den Weigert als Koagulationsnekrose beschrieben hat, während Unna sie unter eine neue Art der Degeneration, unter die sogenannte ballonierende bringt.

Die Frage, ob die Ursache des Zoster nervösen Ursprunges oder auf eine spezifische Infektion des Organismus zurückzuführen sei, vermochte Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen und Befunde nicht zu entscheiden.

III. **Weitere Erfahrung über die Injektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung**, von Ludwig Waelsch-Prag. Verfasser will in der vorliegenden Arbeit über die Ergebnisse der Injektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung berichten. In den Jahren 1898 und 1899 wurden mit dieser Methode alle in Prof. Picks Klinik beobachteten Fälle, im ganzen 104 venerische Bubonen, welche im Anschlufs an weiche, zumeist hinterher indurierende Schanker aufgetreten waren, behandelt. Von den 104 zählen hier nur 85 bei der Aufnahme noch nicht perforierte Bubonen. Von diesen heilten 53 = 62,3% in durchschnittlich 15,6 Tagen. Bei den übrigen 32 mufste an die Injektion die Operation angeschlossen werden.

Verfasser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen die Injektion mit physiologischer Kochsalzlösung als eine in allen Fällen des Versuches werte Behandlungsmethode empfehlen zu können und zwar bei frischen Bubonen mit noch nicht vorgeschrittener Eiterung. Hierbei ist es vielfach gleichgültig, was eingespritzt ist. Zuweilen genügt schon eine indifferente Flüssigkeit, wie auch Adrian nachgewiesen hat, um Erfolge zu erzielen. Verfasser möchte daraus den Schlufs ziehen, dafs unmöglich alle Bubonen ausnahmslos den Mikroorganismus des weichen Schankers enthalten; denn wäre dies der Fall, so könnte nur eine gründliche Ausräumung der erkrankten Drüsen auf chirurgischem Wege gute Resultate ergeben.

IV. **Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen**, von E. Welander-Stockholm. Verfasser hat sich durch die Arbeiten von Schuster und Gerschwend veranlaßt gesehen, neue Untersuchungen zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersäckchen anzustellen und ist auf Grund derselben neuerdings zur Überzeugung gelangt, daß bei dieser Behandlungsmethode eine schnelle und kräftige Absorption von Hg stattfindet und nach der Behandlung Hg lange und kräftig im Organismus remaniert, daß er dagegen seine bisherige Ansicht, die Absorption des Quecksilbers gehe zum allergrößten Teile durch die Respirationsorgane vor sich, nach den Ergebnissen Procards dahin korrigieren müsse, daß Hg, und zwar verdunstetes d. h. in Dämpfe aufgelöstes, wie Welander stets hervorgehoben hat, auch durch die Haut absorbiert werde.

Den Einwand Gerschwends, daß bei der Säckchenbehandlung frühzeitig Rezidive auftreten, widerlegt Verfasser, indem er an der Hand der statistischen Angaben von Gerschwend zeigt, daß unter den von diesem Autor mit Hg-Säckchen behandelten Fällen nur 16% länger als 30 Tage, 58,1% weniger als 25 Tage, 30% mit frischer Syphilis weniger als 20 Tage behandelt worden sind, und daß man angesichts einer so kurzen Behandlung nicht erwarten darf, daß Rezidive eine längere Zeit ausbleiben würden.

V. **Favus bei Neugeborenen**, von Felix Schleissner-Prag. Verfasser hatte die sonst selten gebotene Gelegenheit in der Findelanstalt zu Prag kurz nacheinander zwei Fälle von Favus bei Neugeborenen und zwar auch den Beginn der Erkrankung zu beobachten.

Das erste Kind zeigte nach der Beschreibung des Verfassers am neunten Lebenstage an der linken Wange unterhalb der Jochbeingegend drei etwa linsengroße, über das Niveau der umgebenden Haut nur wenig elevierte Flecke, die anfangs den Erythymen nach Wanzenstichen glichen. Dieselben bestanden auch am nächsten Tage ohne wesentliche Veränderung und zeigten nur etwas stärkere Infiltration. Am dritten Tage traten ähnliche Efflorescenzen an der rechten Wange auf. Die älteren Herde waren inzwischen größer geworden; in ihrer Mitte bildeten sich kleine, gelbe, herpesähnliche, miliare und submiliare Knötchen und gelbliche Bläschen, die rasch zerfielen, worauf an ihrer Stelle im Centrum der Efflorescenzen kleinlamellige Schuppung eintrat.

Bei der Mutter des Kindes wurde nach Untersuchung von Schuppen, die sich auf der stark unreinen mit schmutzigen Borken bedeckten Kopfhaut der ersteren vorfanden, die Diagnose Favus scutularis capillitii gestellt. Auch in den frisch untersuchten Schuppen des Kindes fanden sich, wie bei der Mutter, dieselben Pilze, lange Fäden, septierte Mycelien und relativ spärliche, teilweise perlschnurartig aneinandergereihte Konidien. Im weiteren Verlaufe entwickelten sich beim Kinde neue, sehr flache, blaßrot gefärbte Herde. Am 15. Lebenstage oder am 7. Krankheitstage bemerkte man auf der Kopfhaut und in dieselbe eingelagert kleine, schwefelgelbe, mohnkorn- bis stecknadelkopfgroße Auflagerungen, die von einem Haare durchbohrt waren. Nach Ablösung mittelst Sonde erwiesen sie sich als Scutula. Somit war auch klinisch der Beweis erbracht, daß es sich um Favus handele. Von klinischem Interesse war ferner die hohe Disposition des Kindes für die Erkrankung. Während bei der Mutter die Affektion durch 18 Jahre auf die Kopfhaut lokalisiert blieb, wurden bei dem Kinde binnen acht Tagen das ganze Gesicht, die Ohren, der Hals und der Rumpf befallen.

Nach der Kralschen Isolierungsmethode angelegte Reinkulturen des Pilzes boten von Mutter und Kind dieselben Bilder.

In beiden Fällen war Verfasser also in der Lage den Beginn der Erkrankung unter dem Bilde des von Plok so bezeichneten „Favus maculosus“ zu beobachten.

Das „herpetische Vorstadium" Köbners war besonders an den Wangen sehr deutlich ausgesprochen.

Die Inkubationsdauer des Favus betrug im ersten Falle längstens acht, im zweiten sechs Tage.

VI. **Über einen eigentümlichen Fall von Dermographismus**, von J. Faby-Dortmund. Die Affektion bei der 65 Jahre alten Patientin begann vor ca. 2½ Jahren mit Sugillationen in den oberen Augenlidern, die etwa 14 Tage anhielten, verschwanden und wiederkamen, ohne besondere Beschwerden zu verursachen. Später stellte sich Jucken am Halse und auf der Brust ein, wodurch Patientin gezwungen war sich zu kratzen. Die Folge des Kratzens waren blutige, wochenlang verbleibende Striemen, welche, wie bei Hautblutungen, die bekannte Farbenskala durchmachten und ganz allmählich verschwanden. Die Hauterscheinungen nahmen im weiteren Verlaufe an Intensität zu. Eines Tages stellte sich bei der Patientin Ödem der Zunge ein, das stetig voluminöser wurde und die Nahrungsaufnahme immer mehr erschwerte. Die Patientin starb ein Jahr nach Eintritt des Ödems der Zunge an Marasmus.

Von Interesse ist in dem Falle, daſs spontan keine Flecken aufgetreten sind; dieselben wurden vielmehr durch Traumen, zumeist Kratzen und Scheuern ausgelöst.

Die Diagnose lautete: Urticaria chronica factitia haemorrhagica. Die Patientin gestattete nicht bei Lebzeiten ein Stückchen Haut behufs histologischer Untersuchung zu excidieren. Auch die Sektion wurde nicht bewilligt.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1900. Heft 10.

Über die Bedeutung pathologischer Einflüsse für die Nummularisation des Ekzems, von Brocq. In dieser Abhandlung ist Br. wieder bestrebt, für seine Anschauung neue Stützen zu gewinnen, daſs die groſse Variabilität der Ekzeme, die sich anscheinend jeder Erklärung entzieht, doch auf das Eingreifen weniger Gesetze zurückgeführt werden kann. Diese von ihm schon früher entwickelten Gesetze sind das des Locus minoris resistentiae, das der ererbten oder erworbenen individuellen krankhaften Anlage, das der mehr oder weniger umfangreichen Aufpfropfung einer Dermatose auf eine andere und endlich das der nachträglichen mikro-parasitären Infektion eines bereits bestehenden primären Ekzems.

Durch das Zusammenwirken eines oder mehrerer dieser pathologischen Einflüsse kommen nun auch, wie Brocq zu erweisen sucht, die verschiedenen Formen des Eccema nummulare zu stande. Von diesen werden zwei Hauptklassen unterschieden: das Eccema nummulare verum und das Eccema nummulare falsum. Letzteres kann dadurch zu stande kommen, daſs zu einem primären Ekzem infolge irgend eines der genannten pathologischen Einflüsse die Nummularisation hinzutritt, oder daſs umgekehrt irgend eine nummulare Dermatose sekundär ekzematisiert. Diese Möglichkeiten werden für die verschiedenen Varietäten des Eccema nummulare falsum besprochen und mit Krankengeschichten belegt.

Dermitis vegetans en placards bei seborrhoischen Säuglingen, von Léon Perrin-Marseille. Im Jahre 1894 hatte Hallopeau eine „Forme d'eczéma seborrhéique pustuleuse, végétante et depilante" beschrieben. Eine ähnliche Form hat Verfasser im Laufe der letzten Jahre bei den Säuglingen beobachtet.

Es handelte sich um runde, 50 Pfg.- bis etwa 2 Markstückgroſse Herde von dunkelroter Farbe, die die gesunde umgebende Haut überragten und den Eindruck von Vegetationen machten. Diese Herde setzten sich aus lauter kleinen Papulopusteln zusammen, die, wenn sie mehrere Tage alt waren, sich mit einer Kruste bedeckten. Die Herde saſsen an der Stirn, den Wangen, dem Kinn, an den Handgelenken und an der Hinterfläche der Unterextremitäten; ihre Zahl betrug 7—12; das Alter der Säuglinge war $2^1/_2$ Monate, $4^1/_2$ Monate und 7 Monate. Es waren alle drei kräftige Kinder von gesunden, selbst nährenden Müttern, Syphilis und medikamentöser Ausschlag konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Nur hatten alle drei Kinder auf dem Vorderkopf ein seborrhoisches, fettiges Exsudat, einer auch Ekzem auf Stirn und Wangen. Doch glaubt P. nicht an einen Zusammenhang der Seborrhoe mit der beschriebenen Dermitis. — Bei geeigneter Behandlung gingen die Erscheinungen bald ganz zurück.

Die bakterielle Prüfung des Falles hat Engelhardt übernommen. Auſser wenig zahlreichen Kolonien von Staphylococcus aureus und albus fand er einen kleinen Bacillus und einen kleinen Coccus, beide sehr zahlreich. Ihre Beschreibung wolle man im Original nachlesen.

Scheinbares Sarkom, veranlaſst durch zahlreiche Fremdkörper, von Dubreuilh und Venot-Bordeaux. Ein Knabe hatte sich ein Stückchen Austernschale unter die Haut der Rückenfläche der ersten Phalange des rechten Zeigefingers gestoſsen. Der Fremdkörper blieb etwa zwei Monate an dieser Stelle und wurde dann unter Eiterbildung ausgestoſsen. Nun aber entwickelte sich hier allmählich ein kleiner Tumor, der ein Sarkom vortäuschte und der, als er chirurgisch entfernt wurde, Mandelgröſse erreicht hatte. Mikroskopisch bestand die Neubildung aus Bindegewebe, das durch zahlreiche fibröse Bälkchen in kleinste Hohlräume abgeteilt war. Diese waren entweder von einem Abscefs oder von einer bis mehreren Riesenzellen ausgefüllt. Letztere bezw. die Abscesse enthielten häufig je einen kleinen Fremdkörper, der sich als ein Splitter von Austernschale erwies. Irgendwelche Bakterien konnten nicht aufgefunden werden. Verfasser verweisen auf eine ähnliche, von L. Spitzer in der *Wien. klin. Wochenschr.* 1897. S. 629 mitgeteilten Beobachtung.

Ein Fall von Pityriasis rubra chronica gravis. Typus Hebra, von Paul Jourdanet-Lyon. Der Patient, von dem dieser Fall handelt, hatte an den Händen, dem Rücken, der Brust zahlreiche angeborene Tumoren; sie bestanden aus erweiterten Venen und Lymphgefäſsen und waren stecknadelkopf- bis haselnuſsgroſs. Belästigt wurde Patient nie von ihnen, mit einer Pityriasis standen sie auch in keinem Zusammenhang. Diese entstand vor ungefähr drei Jahren. Ihre wesentlichsten Symptome waren: Anfallsweise auftretende Erythrodermie des ganzen Körpers, feine, trockene Abschuppung, heftiges Jucken und Brennen, Anschwellung der Drüsen. Die Krankheit führte allmählich zu Kachexie und Tod. — Einige differentialdiagnostische Bemerkungen gelten der Lymphodermia perniciosa und der Mykosis fungoides.

Ein Fall von Pseudo-Xanthoma elasticum, von C. Bodin-Rennes. Zu den zwei von Balzer und Chauffard bereits veröffentlichten Fällen von Pseudoxanthoma elasticum teilt B. hier eine dritte Beobachtung mit, die jenen beiden in klinischer sowohl wie in pathologisch-anatomischer Hinsicht vollkommen gleicht. Der 50jährige tuberkulöse Patient bemerkte seit dreiſsig Jahren kleine Knötchen von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröſse in seiner Haut. Besonders war die Bauchhaut beteiligt, doch waren auch die Schlüsselbeingegenden und die Extremitäten nicht frei. Die Knötchen waren farblos, hatten gelbe Farbe und fühlten sich gleichmäſsig fest an. Sie besaſsen

einen lobulären Bau und die einzelnen Läppchen bestanden aus einer körnigen Masse, die sämtliche Eigenschaften des elastischen Gewebes besafs. Die Läppchen wurden von dem cutanen Bindegewebe eingehüllt. Bemerkenswert sind aufserdem noch innerhalb der elastischen Massen vielkernige Riesenzellen, die sich mit Vorliebe in der Nähe der Gefäfse aufhielten. Über die Bedeutung dieser Zellen wagt Verfasser keine Meinung zu äufsern. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

A. de Barys Vorlesungen über Bakterien, von W. Migula, III. Auflage. (Wilh. Engelmann, Leipzig 1900.) Von de Barys bekanntem Werk liegt die dritte Auflage vor, welche von Professor Migula neubearbeitet worden ist mit möglichster Beschränkung eigener Einschiebungen, nur da, wo es absolut notwendig war, neue Errungenschaften auf dem Gebiete der Bakteriologie anzuführen, fügt M. seine eigenen Angaben als die des Bearbeiters hinzu, ebenso hat er einige neue Abbildungen aus seiner Bearbeitung der Bakterien in Engler und Prantls natürlichen Pflanzenfamilien entnommen. In Bezug auf Einleitung und Inhalt sind keine Veränderungen nennenswerter Art zu verzeichnen. Das Werk verdient einen hervorragenden Platz unter den Büchern über Bakterien, es erschöpft nach Möglichkeit das ganze Material dieser verhältnismäfsig neuen Disziplin und ist in einer Vollkommenheit an Form, Inhalt und Stil geschrieben, die jeden Leser befriedigen mufs. Auch die Abbildungen sind durchweg gut. Auf Einzelheiten einzugehen, verbietet der Raum, doch kann jedem das Werk nur aufs wärmste empfohlen werden, da es eine Fülle von Anregungen enthält und die weitgehendsten Aufschlüsse über das Gebiet der Bakterien giebt. Für den Dermatologen ist besonders das Kapitel über blennorrhoische Erkrankungen (XIV), Milzbrand (XV) und Favus (XVI) von Interesse. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der Marquis de Sade und seine Zeit, von Eugen Dühren. Aus „Studien zur Geschichte des menschlichen Geschlechtslebens". (H. Barsdorf, Berlin und Leipzig 1900.) Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit dem Leben und Anschauungen des bekannten Wüstlings und Sexualphilosophen Marquis de Sade, der vielfach in unserer medizinischen Litteratur, soweit es sich um sexualpathologische Vorgänge handelt, angeführt wird, dessen Wesen und Werke aber fast unbekannt sind. Der Verfasser hat sich vorgenommen, diese Lücke auszufüllen und behandelt das Thema in ernsthafter, interessanter Weise, wobei ihn eine geradezu erstaunliche Kenntnis der einschlägigen Litteratur, die auf sehr eingehenden Studien beruhen mufs, auszeichnet. Dühren betrachtet Sade unter dem Gesichtspunkt der Psychopathia sexualis, insofern als sich aus seinen Schriften in kaum vorher geahnter Weise ersehen läfst, wie viele Erscheinungen des natürlichen und gesellschaftlichen Lebens in dem innigsten Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben der Menschen stehen. Das obscöne, pornographische Moment tritt für den wissenschaftlichen Autor und Leser vollkommen zurück. Für Sadismus giebt der Verfasser folgende Definition: „Der Sadismus ist die absichtlich gesuchte oder zufällig dargebotene Verbindung der geschlechtlichen Erregung und des Geschlechtsgenusses mit dem wirklichen oder nur symbolischen (ideellen, illusionären) Eintreten furchtbarer und erschreckender Ereignisse, destruktiver Vorgänge und Handlungen, welche Leben, Gesundheit und Eigentum

des Menschen und der übrigen lebenden Wesen bedrohen oder vernichten und die Kontinuität toter Gegenstände bedrohen und aufheben, wobei der aus diesen Vorgängen einen geschlechtlichen Genuſs schöpfende Mensch selbst ihr direkter Urheber sein kann, oder sie durch andere herbeiführen läſst, oder bloſser Zuschauer bei denselben ist, oder endlich freiwillig oder unfreiwillig ein Angriffsobjekt dieser Vorgänge ist." Die ganze Philosophie und Schriftstellerei des Marquis de Sade versucht Dühren aus dem Stande von Moral und Religion, Persönlichkeit und Politik heraus zu erklären und zu analysieren. Das achtzehnte Jahrhundert in Frankreich verkörperte die Idee des nach allen Richtungen studierten, raffiniert gekünstelten und gesteigerten geschlechtlichen Genusses. Dementsprechend war die Philosophie des damaligen Frankreichs sensualistisch und materialistisch. Ihr Element — nach Sades eigenen Worten in seinem Roman Justine — war der Geschlechtsgenuſs. Das ganze gottesleugnerische Treiben der Revolutionszeit mit der Abschaffung der Religion und der Erhebung der Vernunft zur Göttin hatte schlieſslich in dem sexuellen Reizzustande der damaligen Geister seine tiefste Ursache. Aus Sades Werken erkennt man mit erschreckender Deutlichkeit den Einfluſs der geschlechtlichen Sphäre der oberen Zehntausend sowohl wie der groſsen Menge auf Ereignisse der Politik und des sozialen Lebens jener Tage. Kein Wunder bei der enormen Ausdehnung geschlechtlicher Ausschweifungen, in deren Gefolge Diebstahl, Verläumdung, Mord, Verbannung sich zeigten, bei Hofe und bei den Regierenden. Dieses Kapitel behandelt de Sade ganz besonders in seinen Schriften, indem er auf das verderbliche Beispiel des Königs und der Prinzen für die Umgebung und in zweiter Linie für das ganze Volk hinweist. Was uns Ärzte an ihm, wie er sich in seinen Hauptwerken „Justine ou les malheurs de la vertu" und „Juliette ou les prospérités du vice" zeigt, am meisten interessiert, ist die pathologische Vita sexualis. Die Wollust ist nach Sade gegenüber der Grausamkeit primär. Sie tötet das Mitleid und macht den Menschen gefühl- und herzlos, egoistisch. Das Moment der Grausamkeit ist bei den Frauen, wenn es einmal ausgebildet ist, stärker als beim Manne. Daher auch ihre Vorliebe für Giftmord und Flagellation. In der weiteren Analyse des Sadismus bespricht nun der Verfasser die verschiedenen Arten der in Sades Werken geschilderten ihre Befriedigung verlangenden abnormen sexuellen Begierden, wie Anthropophagie und Hypochorematophilie (Kotfressen und sexuelle Erregung beim Anblik der Defäkation), Zoophilie, Nekrophilie, Statuenschändung, Vorliebe für Vergiftung und Enthauptung von Frauen während des Coitus, von Onanie, Päderastie, lesbischer Liebe u. a. ganz zu geschweigen. Sade ist, wenn auch in der Form des unwissenschaftlichen Romanschriftstellers, der Vorgänger des wissenschaftlichen Krafft-Ebing. Sade selbst war nach Ansicht des Verfassers nicht geisteskrank, aber neuropathisch veranlagt, vielleicht auf hereditärem Wege. Seine geistige Begabung wurde durch lange Haft geschädigt, wie seine schon von Haus aus geringe Moralität durch die verderbliche Gesellschaft einer verderbten Zeit noch mehr verschlechtert worden war. Gleichwohl war der Mensch Sade nicht so vertiert, wie man es aus den Büchern des Schriftstellers Sade vermuten müſste. Seine Orgien waren vielfach nur phantasiereich, übertriebene Ausschmückungen wirklich erlebter beziehentlich den Anschauungen der damaligen verdorbenen Gesellschaft entsprechender, jedenfalls zum Teil wirklich vorgekommener Ausschweifungen sexueller Art. Das Buch Dührens ist ernst denkenden Männern, besonders den Ärzten warm zur Lektüre zu empfehlen. *Hopf-Dresden.*

Die Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten, von P. Fürbringer, Jadassohn, Kümmell, Lesser und Rosenstein. (I. Teil des 3. Bandes des Handbuches der prakt. Medizin

von W. Ebstein und J. Schwalbe. Ferdinand Enke, Stuttgart 1900.) In den letzten Jahren hat sich bekanntlich die medizinische Litteratur aufserordentlich vermehrt, und im allgemeinen kann man sich der Einsicht nicht verschliefsen, dafs dabei nicht nur eine ungeheure Polypragmasie, sondern auch eine Hyperpragmasie vorliegt. Dies gilt auch für unsere Spezialdisziplin, die Haut- und Geschlechtskrankheiten, in deren Gebiete ebenfalls unendlich viel veröffentlicht worden ist und noch wird. Es hiefse jedoch die Wahrheit verkennen, wollte man leugnen, dafs gerade hier an gröfseren, zusammenfassenden Werken hervorragende Erscheinungen zu verzeichnen gewesen sind. Erinnert sei nur an die Berichte der Brüsseler Konferenz, an Lessers Encyclopädie, Unnas und Leistikows Therapien, Kaposis und Mračeks Atlanten u. a. Diesen Werken reiht sich das vorliegende Buch würdig an. Es unterscheidet sich von früheren Lehrbüchern dadurch, dafs sich mehrere Fachgenossen vereinigt und — nur mit Ausschlufs der Erkrankungen der weiblichen Genitalien — die Besprechung der gesamten urogenitalen Pathologie und Therapie zusammengefafst bearbeitet haben. Rosenstein-Leiden bringt zur Besprechung die Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters, wobei er dem speziellen Teil dieses Kapitels einen allgemeinen Teil über Historisches, sowie physikalische und chemische Untersuchungsmethoden vorangehen läfst. Kümmell-Hamburg hat die Krankheiten der Harnblase behandelt (angeborene Krankheiten, Verletzungen, Entzündungen, Tuberkulose, Geschwülste, Parasiten, Fremdkörper und Steine sowie Neurosen der Blase). Die Einleitung dieses Abschnitts bildet eine übersichtliche Belehrung über die zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden und -Mittel (Endoskopie, Cystoskopie, Ureterenkatheterismus und übrigen Untersuchungsarten). Dieser Teil ist von sehr klaren und instruktiven Abbildungen begleitet, die in einer Höhe von 226 Bildern das ganze Buch überhaupt vorteilhaft auszeichnen. Während die Chirurgie der Vesica mit eingeschlossen ist, behandelt die Chirurgie der übrigen Harnorgane sowie des männlichen Geschlechtsapparates der von Lesser Halle bearbeitete Teil. Die funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates bespricht Fürbringer-Berlin (Onanie, Neurasthenia sexualis, krankhafte Samenverluste, Impotenz, Sterilität — mit Einleitung über Erektion, Libido, Orgasmus, Ejakulation und Sperma). Jadassohn-Bern hat die venerischen Krankheiten und die Erkrankungen der Prostata, des Penis und der Harnröhre, des Hodens, Nebenhodens, Samenstranges und der Samenblase bearbeitet, und zwar bei Mann und Frau. Auch giebt dieser Autor eine kurze aber inhaltsreiche „Prophylaxe der venerischen Erkrankungen"; die Forderungen dieses Abschnittes decken sich mit den trefflichen und beherzigenswerten Vorschlägen des Berner Gelehrten auf der 99er Konferenz in Brüssel, welche schon früher in den Monatsheften referiert wurden. Von der Verlagsbuchhandlung von Ferdinand Enke ist das Buch seinem inneren Werte entsprechend vornehm ausgestattet worden. Es sei allen Fachkollegen aufs beste empfohlen. *Hopf-Dresden.*

Zur Geschichte der Prophylaxe, von S. Goldschmidt. (Handbuch der Prophylaxe, Abteilung XIII. [Seitz & Schauer, München 1900.]) In ziemlicher Kürze giebt hier Verfasser eine Geschichte der Prophylaxe. Zunächst bespricht er die prophylaktischen Mafsnahmen bei Indern, Chinesen, Israeliten und den anderen alten Völkern; die biblischen Vorschriften hätten eine breitere Darstellung verdient. Sodann werden die einzelnen prophylaktischen Vorkehrungen (Wasserversorgung, Bäder etc.) allgemeiner und persönlicher Natur erörtert. Der dritte Teil bringt dann die historische Entwickelung in der Prophylaxe der epidemischen Krankheiten; das über Lepra und venerische Krankheiten Gesagte dürfte die Leser dieses Blattes besonders interessieren, wenn es auch nur sehr knapp gehalten ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Casuistique et diagnostic photographique des Maladies de la Peau, von D. van Haren Noman, IX. und X. Lieferung. de Erven F. Bohn, Haarlem 1900.) Die vorliegenden beiden Lieferungen des von Mendes da Costa und J. Spruït Landskroon fortgesetzten Werkes des verstorbenen Prof. van Haren Noman-Amsterdam enthalten Abbildungen resp. Besprechungen von folgenden Affektionen: Lichen ruber, Sykosis, Pemphigus foliaceus, Pityriasis rubra, Chloasma, Verruca vulgaris, Condylomata acuminata und Keloid, sowie (Heft X) Lichen pilaris, Naevus verrucosus, Fibroma molluscum und Sarkom, Epitheliom und Mykosis fungoides, Scrophuloderma und Ulcus vulgare, Scabies. Im ganzen umfafst die Sammlung 60 Nummern. Die Photogramme sind sorgfältig ausgeführt; als die gelungendsten unter denselben dürften aber die vom Keloid, Pityriasis rubra, Lichen pilaris, Naevus verrucosus sowie Verruca vulgaris und Ulcus vulgaris zu bezeichnen sein. Der verbindende Text enthält neben einem klinischen Bericht über die Fälle, von denen die Abbildungen entnommen sind, eine kurze Besprechung der Krankheit im allgemeinen und in übersichtlicher Zusammenstellung die differentialdiagnostischen Momente in recht ausführlicher Weise. Das Werk dürfte vielen sehr willkommen und nützlich sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Syphilis in ihren Beziehungen zum Gehörorgane, von G. Herrmann-Kiel. (Carl Marhold, Halle a. S. 1900.) Dafs eine so vielgestaltige Krankheit wie die Syphilis auch das Gehörorgan nicht verschont, erscheint nicht zweifelhaft und Verfasser unterzieht sich in diesem Büchlein der Aufgabe, die verschiedenen Formen, in welchen die Lues des äufseren und inneren Ohres auftritt, zu beschreiben. Aufser den wiederholt in der Litteratur beschriebenen Fällen von Initialsklerose an der Ohrmuschel finden sich an derselben vor allem die syphilitische Roseola, ferner im äufseren Gehörgang die trockene Papel, welche sich auch in eine nässende umwandeln kann. H. beobachtete selbst eine exquisite Form von pustulösem Syphilid, über gummöse Syphilide am äufseren Ohr wird mehrfach berichtet. Was die syphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute des Ohres betrifft, so wird jetzt allgemein angenommen, dafs sie von den syphilitischen Nasenaffektionen aus entstehen; irgendwelche Merkmale, dafs in solchen Fällen der akute Katarrh oder der chronische des Mittelohres oder die Ankylose des Steigbügels oder die Otitis media purulenta spezifischer Natur sind, konnten bis jetzt nicht eruiert werden; die Behandlung mufs daher sowohl eine lokale wie allgemeine sein. An den knöchernen Bestandteilen des Gehörorganes kommen periostitische Prozesse (Exostosen im äufseren Gehörgang), ferner Ostitis simplex und gummosa vor. Von den syphilitischen Erkrankungen der nervösen Elemente des Ohres sind a) über Labyrinthsyphilis eine ganze Anzahl klinischer Belege vorhanden, ohne dafs jedoch die anatomischen ebenso zahlreich wären. Ein Hauptcharakteristikum für die syphilitische Labyrintherkrankung soll schnelle Abnahme der Knochenleitung und dementsprechend Labyrinthhyperämie ein häufiger Befund bei Syphilis sein. Die Hörstörungen waren in den 24 Fällen H's. alle gleichartig und ziemlich geringfügig, restitutio ad integrum die Regel. Die Hauptschwierigkeiten der Diagnose liegen in Fällen von apoplektiformer Taubheit, wenn Syphilis zugestanden wird, ferner bei Menièrescher Krankheit — Beschreibung eines solchen Falles, wo die spezifische Kur und Pilokarpininjektionen (0,01) zur Beseitigung des Schwindels und der subjektiven Geräusche Heilung brachten. Gleichzeitige syphilitische Erkrankungen verschiedener Gewebseinheiten des Ohres, also Fälle, wo Schleimhautaffektionen mit nervösen, Paukenhöhlen- mit Labyrinthaffektionen u. s. w. vorkommen, sind häufig beschrieben. Auch die bei Tabes beobachteten Ohrenerkrankungen sind hierher zu rechnen, welche die ungünstigste Prognose abgeben. Bezüglich der Therapie der syphilitischen Affek-

tionen des Nervenapparates des Ohres soll nach H. der Ohrenarzt dem Syphilidologen es überlassen, ob noch eine Allgemeinbehandlung mit Hg oder Jod oder mit beiden angezeigt ist; als ein sehr probates Mittel werden aufserdem Pilokarpininjektionen empfohlen, beginnend mit 2—8 Tropfen einer 2%igen Lösung. Das Schlufskapitel vorliegender Arbeit ist den Erkrankungen des Ohres bei ererbter Syphilis gewidmet, welche in zwei Gruppen eingeteilt werden: die bei weitem zahlreichere, wo die Kinder die Erkrankung schon mit auf die Welt bringen und dieselbe sich innerhalb der drei ersten Lebensmonate entwickelt, und die zweite Gruppe, wo die Infektion sich erst in den späteren Perioden der Kindheit bis zur Pubertät hin äufsert. Mit Hinton, welcher 20% aller in Guys Hospital behandelter Ohrenleiden auf ererbte Syphilis zurückführen konnte, glaubt Herrmann, dafs in der ersten Gruppe Ohrenleiden aufserordentlich häufig seien. Was die zweite Gruppe betrifft, so hält Verfasser die Untersuchungen für noch nicht genügend abgeschlossen, zumal die Hutchinsonsche Trias — Keratitis parenchymatosa, ihr folgende oder sie begleitende funktionelle Störungen des Gehörs und bestimmte Veränderungen an den Zähnen — auch bei den Syphilidologen immer mehr in Zweifel gezogen werden. Am Schlusse seiner Arbeit gesteht der Verfasser übrigens selbst zu, dafs die spezifischen Schleimhaut- und Nervenerkrankungen des Gehörorganes noch eingehender klinischer wie anatomischer Studien bedürfen. *Stern-München.*

Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Ärzte, von Reinh. Ledermann-Berlin. Zweite durchgesehene und erweiterte Auflage. (Oscar Coblentz, Berlin 1901.) Was der Titel besagt, das ist im vollen Sinne des Wortes das vorliegende Büchlein, welches auf 250 Seiten in höchst praktischer Anordnung die ganze Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten vorführt und mit Nutzen von jedem Arzte in Gebrauch genommen werden dürfte. Der I. allgemeine Teil bringt die verschiedenen Methoden der Behandlung: mechanische (Massage, Stichelung, Heifsluftapparat, Elektrolyse u. s. w.), interne und externe, bei welch letzterer all die verschiedenen Mittel, wie Öle, Salben, Kühlsalben, Leime, Seifen, Pasten- und Salbenstifte in ihrer Zusammensetzung, Bedeutung und Anwendungsart in der Praxis beschrieben sind. Im II., gröfseren, speziellen Teil sind der Reihe nach alle gebräuchlichen Arzneimittel beschrieben und dabei nicht der meisten neueren und neuesten „Entdeckungen" vergessen; bei jedem Mittel sind kurz die Affektionen, bei welchen es gebraucht wird, angegeben. Es folgt schliefslich in knapper Form die Behandlung der wichtigsten Haut- und die der Geschlechtskrankheiten (Ulcus molle, Syphilis, Blennorrhoe des Mannes). Bei den neueren Arzneimitteln würde es wohl jeder Lehrer dankbar begrüfsen, wenn die Preise derselben angegeben würden, Präparate wie Jodipin, Jodalbacid, Ichthalbin u. s. w. dürften bei längerer Anwendung sehr kostspielig werden; wer ferner auf ökonomische Verordnungsweise sieht, darf manche Rezepte nicht nachahmen, z. B. auf S. 108 die Resorcinpaste mit Resorcin 20,0 (= 2 Mark) u. s. w., von der die 90 g wohl Monate reichen und eine viel geringere Menge auch genügen dürfte. Beim Arsen ist angeführt, dafs es nach L.s und anderer Erfahrung nur bei Lichen ruber und Mykosis fungoides wirke (also nicht bei Psoriasis? und nicht beim Pemphigus? Ref.). „Bismathum" subnitr. ist wohl nur ein Druckfehler, Naphtalan fehlt vollständig, obwohl es nach ziemlich übereinstimmenden Berichten ein gutes Mittel gegen chronische Ekzeme u. s. w. sein soll, das viel seltener gebrauchte Naphtalin ist hingegen als Mittel gegen Scabies angeführt. Ein recht gutes Mittel bei Balanitis, das Tannin (als Streupulver) ist nicht angeführt; bei Furunkulose ist ein historischer Irrtum, dafs die Behandlung mit Bierhefe von Lassar stammt, dieselbe ist schon in den fünf-

ziger Jahren dieses Jahrhunderts angewandt und neuerdings durch französische Autoren wieder in Gebrauch genommen worden. Die Ätzung mit reiner Karbolsäure bei Ulcus molle, welche L. empfiehlt, wird von vielen Seiten als sehr gefährlich angesehen, da sekundäre Bubonen häufig darnach eintreten. Bei der Behandlung der Syphilis will L. die allgemeine Hg-Kur mit geringen Ausnahmen erst nach dem Auftreten der Roseola eingeleitet wissen und führt dafür die verschiedenen bekannten Gründe an (Referent kann sich mit diesem Grundsatz nicht einverstanden erklären, da 1. manche primäre Ulcera gemischter Natur sind, immer weiter destruierend greifen und nur die Therapie ihren wahren Charakter zeigt und 2. die Roseola zuweilen gar nicht auftritt, später aber recht schlimme Tertiärerscheinungen vorkommen können). Bezüglich der Blennorrhoe scheint L. ausgesprochener Optimist zu sein, er beobachtete zuweilen „vollständige Heilungen in der verhältnismäßig kurzen Zeit von 12—14 Tagen" mit der sog. abortiven Behandlung (Janets Spülmethode, wobei in letzter Zeit statt des Kalium permanganicum $^1/_8$—$^1/_4$—1% Protargollösungen angewandt wurden). Von den Adstringentien, welche im übrigen als bei der Trippertherapie gebräuchlich, angeführt werden, erscheint das Zinc. sulfocarbol. in $^1/_4$—$^1/_2$% Konzentration etwas zu schwach, auf 1,5 : 200,0 kann man wohl gehen; alle neueren Mittel, wie Largin, Itrol, sind ebenfalls angeführt. Alle Folgekrankheiten der Blennorrhoe werden mit ihrer Therapie nicht vergessen, bei der chronischen Cystitis wird streng unterschieden, ob es sich um rein blennorrhoische oder Mischinfektion handelt; erstere soll auf Urotropin nicht reagieren, während dasselbe sonst gute Dienste leiste. Die, wie ersichtlich, stark individuelle Abfassung des Buches thut seinem Werte keinerlei Abbruch. *Stern-München.*

Rückenmarksschwindsucht. Vorlesungen für Ärzte, von O. O. Moczutkowski-Petersburg. (Oscar Coblentz, Berlin 1900.) Die vorliegende Arbeit bildet eine äußerst lesenswerte, anregend geschriebene Monographie der Tabes in guter Übersetzung. Für die Leser von Interesse sind des Verfassers Ansichten über Ätiologie und Therapie der Rückenmarksschwindsucht, indem wir die Kapitel über Symptomatologie und Diagnostik, sowie pathologische Anatomie übergehen. Bis 1875, wo Fournier auf die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Tabes so imperatorisch hinwies, sprach die Wissenschaft Traumen, Erkältung, Überanstrengung, Infektionskrankheiten und Abusus in venere als ätiologische Faktoren an. (Schablonenursache nach Strümpell.) 1892 verweist erstgenannter Autor darauf, daß er bei 93% aller Tabiker Lues in der Anamnese gefunden habe. Dejérine verstieg sich sogar zu 94%, Erb in seiner großen Arbeit aus dem Jahre 1879 giebt einen Prozentsatz von 90,35 an. Luesanamnese bei Tabeskranken fanden Quinquand und Moebius in 100%, Gowers in 78%, Mendel und Ziemssen in 70%, Fraenkel in 50,7%, Remak in 21 und Westphal in 14%. Gegen Fourniers Lehre aufgetreten sind besonders von Leyden, die beiden letztgenannten Autoren und Tarnowski. Der Standpunkt des Verfassers ist der folgende: Das Trauma als ätiologisches Moment spielt nur eine geringe Rolle. Einen wichtigen Faktor sieht Moczutkowski aber im Abusus in venere, der sich in der Anamnese Tabischer in den meisten Fällen nachweisen läßt. Ferner spricht der Umstand für diese Hypothese, daß die Tabes in der Zeit der vollen Geschlechtsreife auftritt. Zwischen die Jahre 32 und 44 entfallen die meisten der 1662 Tabesfälle des Verfassers. Weiter stützt sich diese These auf die Thatsache, daß die männlichen Patienten überwiegen (nach Verfassers Material 92,5% gegenüber 7,4%). Die Frau kann sich beim Beischlaf ganz passiv verhalten, wie es durch die Prostituierten bewiesen wird, welche oft in einer Nacht bis 30 mal coitieren, ohne sich zu sehr zu erregen. Wäre die Tabes ein auf Lues basierendes Leiden, so müßte es sich unter

den Prostituierten enorm häufig vorfinden, die ja alle einmal Syphilis durchgemacht haben. Verfasser hat auch unter der mit Syphilis sehr heimgesuchten russischen Landbevölkerung fast nie Rückenmarksschwindsucht beobachtet. Tabes ist eine Affektion der gebildeten Stände, eine urbane Krankheit. Die Stadtleute, die gebildeten Leute fröhnen ja auch mehr den sexuellen Freuden und übertreiben sie häufiger als das arme Volk und die Landleute. Die rheumatische Entstehung der Tabes, die Erkrankungsmöglichkeit durch Erkältung übergeht Verfasser völlig. Der Syphilis räumt er nur insofern einen Einfluß auf die Tabes ein, als erstere die Konstitution an und für sich schwächt und dadurch Prädispostionen zu Erkrankungen schafft. Nur 36% der Tabiker des Verfassers weisen Syphilis in ihrer Krankengeschichte auf. Ein Prozentsatz von 72 jedoch wird sofort aus diesen niedrigen Zahlen, wenn man sämtliche dubiösen Fälle hinzunimmt. 74,6% jedoch der Kranken von Verfassers Statistik geben Abusus in venere zu. — Die Behandlung der Rückenmarksschwindsucht zerfällt in Prophylaxe, Behandlung der Grundkrankheit und symptomatische Therapie. Was den ersten Punkt betrifft, so empfiehlt Verfasser nach Erbs Vorgang ruhiges, gleichmäßiges Leben ohne Aufregungen und Ausschweifungen, viel geistige und körperliche Ruhe. Kein Kartenspiel, kein Sport. Moczutkowski verbietet sogar Rauchen und Spirituosen, selbst das Bier. Er war früher Anhänger der Lehre von der syphilitischen Entstehungsart der Tabes, hat aber bei seinen Merkur- und Jodkuren nur zweimal Erfolge gesehen; zweihundertmal blieb jede Wirkung aus. Erb giebt 60 mal 4—6 g Unguentum cinereum und läßt die Kur alle 4—12 Monate wiederholen; von Leyden und Tarnowski verwerfen das Quecksilber, weil es im Gegenteil schade, weil die Atrophisierung des Nervengewebes durch antisyphilitische Therapie nur beschleunigt werde. Der Verfasser empfiehlt aufs angelegentlichste, was symptomatische Behandlung betrifft, die systematischen Suspensionen (nach Erb) von 30 Sekunden bis 2 und 5 Minuten. Sie erzeugen Schwinden der lancinierenden Schmerzen, Besserung der Blasen- und Mastdarmfunktionen und des Schlafes, Steigerung der Muskelkraft, Verbesserung des Coordinationsvermögens und Wiederkehr der Potenz. *Hopf-Dresden.*

Infektionskrankheiten, deren Wesen, Verbreitung und Bekämpfung, I. Teil, von Hugo Wolff-Dux. Es handelt sich um Sonderabdrücke von Artikeln, welche, in der *Duxer Zeitung* erschienen, in gemeinverständlicher Weise folgende Infektionskrankheiten und deren Verhütung darstellen: **Masern, Scharlach, Diphtherie und Croup, Blattern und die Schutzpockenimpfung.** Die vier, je 8—14 Oktavseiten umfassenden, Anleitungen geben eine treffliche populäre Darstellung der genannten Infektionskrankheiten und malen in richtigen Farben deren Gefahren, so daß dem verständigen Laien die stets angebrachte Mahnung, so bald als möglich ärztliche Hülfe zu holen, wohl einleuchten dürfte. Es wäre daher diesen Anleitungen möglichste Verbreitung, vielleicht in Gestalt der Verabreichung an die Eltern jedes neu eintretenden Schulkindes, zu wünschen. Auch für Ärzte sind die statistischen Daten von Interesse, besonders diejenigen über die Erfolge der Schutzpockenimpfung und die Serumtherapie könnten den Gegnern dieser segensreichen Entdeckungen — wenn sie überhaupt schlagenden Beweisen zugänglich sein wollen — endlich die Augen öffnen. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Histologischer und experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Tumoren, von A. Carini. (*Policlinio* 1900. No. 4.) Es gelang dem Verfasser in seinen Experimenten niemals aus Tumoren Blastomyceten zu züchten, selbst dann nicht, wenn mikroskopisch die Russelschen Körperchen — Blastomyceten von Sanfelice — nachgewiesen werden konnten. Ebensowenig vermochte er mit Reinkulturen von Blastomyceten wahre Neubildungen zu erzeugen. Die Blastomycetennatur der Körperchen von Sanfelice — Fuchsinkörperchen von Russel — hält er für sehr zweifelhaft. Diese Gebilde sind übrigens einerseits kein konstanter Befund bei Tumoren und andererseits werden sie auch bei anderen Prozessen in tuberkulösen oder gesunden Organen angetroffen. Jedenfalls nehmen die bei den Tumoren als Parasiten beschriebenen Gebilde — Coccidien, Sporozoen — die für die Blastomyceten specifische Färbung nicht an. *C. Müller-Genf.*

Überblick über die wichtigsten Punkte, welche zur Beurteilung des Krebses bezüglich seiner Ätiologie und seines Vorkommens zu beachten sind, von Josef Schütz-Frankfurt a. M. (*Ärztl. Sachverst.-Ztg.* VI, No. 6.) Nachdem Verf. in sorgfältiger Weise zahlreiche Theorien über die Wesenheit des carcinomatösen Prozesses angeführt und besonders die eventuelle bakterielle Ätiologie (Bakterien, Kokken, Coccidien) ausführlich besprochen und widerlegt hat, kommt er zur Anschauung, daſs das Carcinom nicht als infectiöse oder parasitäre Krankheit beurteilt werden kann, und daſs die Formen seiner Bösartigkeit und eigenartigen Ausbreitung einfach als Transplantationen spontaner oder künstlicher Art erscheinen. Die carcinomatöse Zelle oder Teile derselben sind das schädliche Agens und Verschleppungen solcher auf irgend eine Art Grund der sogenannten Infektion, Grund der Homologie der Metastasen. Daran knüpft Verfasser ausführliche histologische Betrachtungen und geht dann auf die Häufigkeit der Ausbreitung des Krebses über, wofür er einerseits Irritationen (chemische Einwirkungen, mechanische Reizung, Reizzustände der Haut und der Drüsen durch Erkrankung derselben, zuweilen selbst einmaliges Trauma) andererseits Disponierung (Lebensalter, Heredität, Geschlecht, soziale Stellung, Stoffwechselanormalien) verantwortlich macht. Näheres über diese anregende Arbeit muſs im Original nachgelesen werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Klinische und pathologische Beobachtungen über einige Frühformen von Hautepitheliom, von J. A. Fordyce. (*New York. med. Journ.*, 1900, No. 23 und 25.) Die nur an der Hand der 17 beigegebenen, sehr instruktiven Zeichnungen gut verständliche Arbeit will in erster Linie darlegen, wie wichtig es ist, die erste Entwickelung maligner Neubildungen zu erkennen, wozu Excision von Teilchen und mikroskopische Untersuchung unerläſslich sind. Besonders im Gesicht trifft man häufig gutartige Epithelialgeschwülste, welche Jahre lang keine Tendenz zeigen, sich zu vergröſsern oder aufzubrechen und doch zu Hautcarcinomen sich später umbilden. Der Lippenkrebs bildet insofern eine Ausnahme, als er meist auf nicht „vorgebildeter" Haut entsteht. Auch das höhere Alter bietet eine gewisse Prädisposition, indem abnorme Pigmentablagerungen, Papilloma, lokalisierte Erweiterung von Blutgefäſsen,

Atrophie des subcutanen Fettes und des Bindegewebes zu malignen Neubildungen Veranlassung geben. Bei gewissen chronischen Entzündungsherden spezifischer Natur, wie bei Lupus und Syphilis, wird die Entwickelung von Carcinom durch die Veränderungen begünstigt, welche in der Epidermis sowohl wie in den unterliegenden Geweben eintreten. Das Auftreten maligner Neubildung in Narbengewebe und bei chemischer Ulceration ist häufig beobachtet. Die in letzter Zeit viel beschriebene Paget's disease ist eines der besten Beispiele von Umwandlung einer oberflächlichen, Jahre lang bestehenden, Dermatitis in eine krebsartige Affektion. Bezüglich des Lippenkrebses (siehe oben!) glaubt Fordyce bei einer Reihe von Fällen beobachtet zu haben, dafs die erste Veränderung (an der Unterlippe besonders) eine ausgesprochene Hyperkeratosis, in anderen eine oberflächliche Erosion oder Fissur mit oder ohne Vergrößerung der Papillen war. Die Anführung einzelner Beispiele sind, wie erwähnt, nur mittels der Zeichnungen verständlich. Schliefslich möchte Fordyce die bakteriologische Natur des Carcinoms mit der Cohnheimschen Zelltheorie dadurch in Einklang bringen, dafs er dasselbe für einen infektiösen Prozefs erklärt, bei welchem jedoch der Infektionserreger die aktiv wachsenden (sic!) Zellen der primären Neubildung sind; die Symptome der Intoxikation, welche man in den letzten Stadien allgemeiner Carcinose trifft, sollen dann nicht von sekundärer, pyogener Infektion herrühren, sondern von den toxischen Substanzen, welche durch die Zellveränderungen der Neubildung gebildet werden. *Stern-München.*

Arsenik als diagnostisches Mittel in der Behandlung des Epithelialkarzinoms, von Trunček. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1900. No. 48.) Verfasser pinselt die geschwürig zerfallenen Epithelialkrebse mit einer Lösung von 1 g Acidum arsenicosum in je 75 g Alkohol und Wasser, darauf bedeckt sich die ganze Tumoroberfläche mit einer festanhaftenden schwarzbraunen Kruste, auf die jeden Tag wieder aufgepinselt wird, bis sich nach einiger Zeit die Kruste abstöfst. Später kann auch die Lösung noch verstärkt werden. Ist kein carzinomatöses Gewebe mehr vorhanden, so bildet sich eine gelbgrünliche Kruste, die sich am nächsten Tage leicht abheben läfst.
F. Hahn-Bremen.

Extraviscerale Sarkomatose, von Louis Lapeyre-Tours und Marcell Labbé-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 24.) Die Verfasser berichten in der vorliegenden Arbeit über einen Fall von allgemeiner Sarkomatose bei einem 19jährigen in der Entwickelung körperlich und geistig auf niederer Stufe stehenden jungen Bauern. Seit Geburt trägt der Kranke einen Schwimmhosennävus, pigmentiert und behaart, der von der Hüftlinie bis zur Hälfte der Schenkel reicht. Auch an Armen, im Gesicht und am Rumpf sind kleinere Nävi verstreut, welche im Gegensatz zu dem ersterwähnten in ständigem Wachstum begriffen sind. Die bei der Sektion als sarkomatös befundenen Tumoren, enorm an Zahl, bedecken Rumpf, Kopf und Arme. Die gröfseren bereiten Schmerzen, sie sind weich, fast fluktuierend und geben der ausgedehnten Haut über ihnen eine violette Färbung. Die erste Geschwulst ist am Brustbein aufgetreten, die gröfste nimmt die rechte Seite des Halses ein und komprimiert Pharynx, Luftröhre und Gefässe wie Nerven in jener Gegend. (Dysphonie und Dysphagie.) Stauung der Thoraxvenen. Das eine Auge ist durch einen Orbitaltumor vorgetrieben (Diplopie und Amblyopie). Periphere Nervenstämme scheinbar frei von Anschwellungen, ebenso die Eingeweide. Die Sektion zeigte, dafs einzelne Tumoren nur in Bindewebe sassen. Nerven, Lymphdrüsen und Eingeweide waren von der Sarkomatose völlig verschont geblieben. Die meisten Tumoren fanden sich unter der Haut, entlang den grofsen Gefässen und auf den serösen Häuten der Brustorgane. Weitere auf dem Netz, im Schädel nahe der Orbita und an der Aorta, sowie den grofsen Blutgefässen von Leber

und Milz. Das ganze Symptomenbild erinnert an Recklinghausens Neurofibromatose, dagegen spricht das Freisein des Nervensystems und der sarkomatöse Charakter der Geschwülste. Übereinstimmend vorhanden ist die intellektuelle und körperliche Minderwertigkeit des Kranken, Naevusbildungen und Anwesenheit multipler Tumoren.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von multiplen Melanosarkomen mit eigenartigen Komplikationen an beiden Augen, von Wagenmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 16.) Der 28jährige bis dahin vollkommen gesunde Patient erkrankte vor einem halben Jahre mit Kopfschmerzen und Fieber und leidet seitdem an grofser Mattigkeit. Nach der Erkrankung traten auf Brust, Hals, Schläfen- und Ohrgegend zahlreiche kirschkern- bis mandelgrofse blauschwarze Tumoren auf, aus denen beim Kratzen dickes, schwarzes Blut austrat, ein Teil der Tumoren war weniger pigmentiert; am linken Auge fand sich eine schwere Iridocystitis mit Bildung eines flachen sichelförmigen pigmentierten Tumors im Kammerwinkel. Dieser Tumor schwand während der Behandlung vollständig, ebenso einzelne der Hauttumoren, während andere zunahmen. Nach einem halben Jahre trat wieder Entzündung in diesem linken Auge auf, wahrscheinlich hatte sich wieder im Ciliarkörper eine neue Geschwulst gebildet, ebenso fanden sich im Glaskörper des rechten Auges Veränderungen, die wohl durch einen nicht sichtbaren Tumor im Innern des Auges bedingt waren. Ferner hatten die Melanosarkome am Körper ganz erheblich an Zahl und Gröfse zugenommen, an den Augenlidern waren zahlreiche konfluierende Tumoren neu aufgetreten, auch am Boden der Mundhöhle, am linken Arcus palatoglossus und am rechten Trommelfell fanden sich Tumoren.

F. Hahn-Bremen.

Sollen die Warzen behandelt werden? von H. Fournier. (*Progr. méd.* 1900, No. 14.) Verfasser schreibt der Unterscheidung der Warzen in Verruca vulgaris u. V. plana juvenilis in praktischer Beziehung gar keine Bedeutung zu. In jedem Falle sollen die Warzen nach seiner Ansicht stets behandelt werden. Nicht nur bilden dieselben in kosmetischer Hinsicht äufserst unnütze Anhängsel, sondern dieselben sind entschieden kontagiös und können sich infolge dessen nicht nur auf demselben Individuum ad infinitum vervielfältigen, sondern auch von dem einen auf das andere übertragen werden. Aufserdem können sie infolge wiederholter Reize in Epitheliome degenerieren oder zu Ausgangspunkten lokaler Infektionen — Syphilis — und Phlegmonen werden. Nicht selten verursachen sie ferner Schmerzen, zumal wenn, wie dies nicht selten geschieht, häufig daran herumgezerrt wird. F. glaubt ferner an die Beziehungen zwischen Warzen und Carcinom, welches letztere er als mikrobischen Ursprungs betrachtet. Bezüglich der Therapie glaubt er wohl an die günstigen Erfolge der bekannten Warzenmittel — Kaustica, Collodia etc. — doch hält er die Abrasion, Excision, Auskratzung, Zerstörung mit dem Galvanokauter für die rationellste Behandlung, wenn diese mit Mafs und Verstand ausgeführt wird.

C. Müller-Genf.

Hirnhautangiom, von S. Kalischer. (Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychologie vom 13. November 1899. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1900. No. 8.) Es handelt sich um einen $1^1/_2$jährigen Knaben, der von Geburt an ein flaches Angiom (Teleangiectasie) der linken Gesichts-, Stirn- und Kopfhälfte ohne wichtige Störungen aufwies. Im dritten Lebensmonat traten partielle Krämpfe im rechten unteren Facialisgebiet auf, die später auf den rechten Arm und Bein, dann auch auf die linke Körperhälfte übergingen und gelegentlich mit Bewufstlosigkeit verbunden waren. Rechtsseitige spastische Hemiparese. Tod durch Bronchopneumonie. Die Erscheinungen wiesen auf einen intracerebralen Prozefs in der unteren Region der linksseitigen

Centralwindungen hin. Der Umstand, daſs gerade über den erkrankten Centren der Teleangiectasie sich in der Haut befand, lieſs einen ähnlichen Prozeſs innerhalb des Gehirns annehmen, was durch die Sektion bestätigt wurde, bei der sich eine diffuse Erweiterung, Ansammlung, Schlängelung der Gefäſse der linksseitigen Hirnhaut vorfand, der im unteren Teil der Centralwindungen am Beginn der Sylvischen Spalte einen geschwulstartigen Charakter zeigte. Die Pia war wie gerunzelt durch zahlreiche regenwurmähnliche kleine Gefäſse. Mikroskopisch zeigten sich besonders die kapillären und venösen Gefäſse und kavernösen Hohlräume beteiligt, aber auch die Arterien. Vortragender sieht die Angiome der Haut bei neuropathischen Individuen und Epileptikern als Degenerationszeichen an.

Ferner stellt der Vortragende ein 8½ Monate altes Kind vor, das neben einem diffusen Hautangiom (Teleangiectasie) eine rechtsseitige Hemihypertrophie zeigte. Besonders das rechte Bein ist um 2 cm verlängert und in einem Umfang um 2 cm stärker als das linke, ebenso der rechte Fuſs. Die Zehen wie die Finger sind rechts länger und dicker, nur der Daumen und groſse Zehe sogar kürzer als links. Das Angiom der Haut findet sich auch links stellenweise, die Hypertrophie nur rechts. — Als Ursache der Veränderungen nimmt Vortragender in diesem Falle centrale trophische Einflüsse an. *I. Bloch-Berlin.*

Die Behandlung der Angiome durch Elektrolyse, von A. Labbé. (*Presse méd.*, 1900, No. 42.) Die elektrolytische Behandlung der Blutmäler ist besonders dann angezeigt, wenn es sich um diffuse, tiefe und arterielle Angiome handelt, sowie bei varicösen, cystischen und ostalen Angiomen. Auſserdem sind des kosmetischen Effektes wegen alle Angiome des Gesichts auf diese Weise zu kurieren. Die Methode giebt oft Erfolge, wo alle anderen, wie Injektionen von coagulierenden Stoffen, Gefäſsunterbindungen, Ätzungen und chirurgische Exstirpationsversuche im Stich gelassen haben. Die Nadeln zur Elektrolyse müssen fein und 5—10 mm lang sein, sowie zu 2—8 an Zahl angewendet werden. Als negative Elektrode dient eine breite lederumhüllte Zinkplatte. Diese und die Nadeln sind sich möglichst zu nähern, um eine möglichst „lokale Elektrolyse" (Redard) zu erzielen. Man verwendet deshalb auch am besten kreisförmige negative Elektroden, in deren offenem Centrum der Naevus vasculosus zu liegen kommt. Bei Multiplicität der Nadeln kann man die Stärke des Stroms bis auf 30 und 40 Milliampères steigern. Höchste Dauer der Einwirkung soll 2—8 Minuten sein. Vor der Unterbrechung der Operation führt man den Strom langsam zurück bis auf Null, wodurch die Nadeln sich besser vom getroffenen Gewebe lösen und Blutungen vermieden werden. Zuerst darf man die Operationen nach sechs Tagen wiederholen, später läſst man längere Zeit verstreichen. Die Eingriffe haben natürlich nach allen Regeln der Asepsis zu erfolgen; nach der Operation wird das Behandlungsfeld mit schwacher Sublimatkompresse bedeckt. *Hopf-Dresden.*

Zur Behandlung des Blutschwammes und verwandter angeborener Gefäſsneubildungen, von E. Holländer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 17.) Für alle diffusen Angiome und nicht exstirpierbaren Gefäſsveränderungen der Haut empfiehlt der Verfasser die Luftkauterisation als die Normalmethode. Diese Behandlung hat folgende Vorteile:

1. Statt der häufig notwendigen qualvollen tiefen Thermopunktionen führt eine einzeitige Operation meist zum Ziel.

2. Die Operation verläuft nicht nur ohne Blutung, sondern die Natur des Eingriffes führt zu einer absoluten Blutleere, so daſs dem Körper auch das in den Angiomen stagnierende Blut erhalten bleibt.

3. Die Narbenbildung ist eine vorzügliche, bei geringerer Ausdehnung kaum wahrnehmbar.

4. Die Methode ist an allen Körperstellen auch in den Höhlen anwendbar.

I. Bloch-Berlin.

Axillares Neurom des Plexus brachialis, von MEINHARD SCHMIDT und ERNST DELBANCO. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* LIV. Bd. S. 881.) Die Leser dieser Zeitschrift interessiert aus der Arbeit eine sehr beachtenswerte Zelldegeneration, welche an der Hand einer Tafel näher ausgeführt wird. In den regressiv veränderten Teilen des sarkomatös degenerierten grofsen Nervenfibroms fand sich eine ausgebreitete hyaline Degeneration der Gefäfswände. Die gesamte Gefäfswand ist umgewandelt in einen stark lichtbrechenden, homogenen aber vielfach aufgesplitterten Ring, dergestalt, dafs an vielen Stellen von einem Lamellensystem gesprochen werden kann. Die Wandung ist in ein Netz- oder Fächerwerk umgewandelt. Die Auflockerung der Wandung scheint von dem sich hineinwühlenden Blutstrom besorgt zu sein, da zwischen den Lamellen Blutkörperchen liegen und andererseits in das ursprüngliche, verengte Lumen Lamellen frei hineinragen Die ursprünglichen Zellen der Wandung sind dabei einer regressiven Metamorphose verfallen, sie sind stark aufgebläht, sie nehmen eine kugelige Form an, ihr Protoplasma wird trübe, körnig und fetttropfenhaltig; letzteres wird an FLEMMINGpräparaten demonstriert. An vielen Zellen verwischen sich die Zellkonturen, die Protoplasmaleiber benachbarter Zellen fliefsen zusammen und zwischen zwei hyalinen Lamellen lagert dann eine körnig-fettige Masse, welche Kerne einschliefst. DELBANCO spricht von einer xanthoiden Zellenartung, da die Bilder lebhaft an die Xanthommassen des gewöhnlichen Augenlidxanthoms erinnern, welche nach dem Autor in ähnlicher Weise zustande kommen.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Drei Fälle von Keloid, von GREIG. (*Scott. Journ.* November 1899.) Der erste Fall betraf ein zwei Jahre altes Mädchen, bei dem sich das Keloid in den Narben eines Herpes Zoster an der Bauchhaut entwickelt hatte. Beim zweiten handelte es sich um ein sogenanntes Sykosis-Keloid am Kinn, dafs sich im Anschlufs an einen vor zwei Jahren dort incidierten Abscess entwickelt hatte. Im dritten Falle hatte sich das Keloid am Nacken aus einem kleinen harten Knoten entwickelt; es wurde verschiedentlich ohne Erfolg operiert, auch THIERSCHsche Transplantationen ergaben kein gutes Resultat; dagegen entstand ein neues Keloid an den Stellen, wo die Hautläppchen abgetrennt waren. Nach zwei Jahren war dies letztere spontan geschwunden und auch das andere erheblich verkleinert. *F. Hahn-Bremen.*

Naevusartige Tumoren der Schweifsdrüsen, von DELORE. (*Lyon méd.* 1900. No. 18.) Nach den Erfahrungen des Verfassers sind diese Tumoren nicht angeboren, sondern entstehen erst einige Tage nach der Geburt. Sie beginnen als eine kleine gefäfsreiche Erhabenheit, welche nach einer gewissen Zeit stationär bleiben oder aber auch alle angrenzenden Gewebe, Mundschleimhaut, Zunge, Knochen ergreifen kann. In vielen Fällen bestehen die Tumoren ausschliefslich aus proliferierten und dilatierten Gefäfsen; zuweilen aber konstatiert man in der Tiefe des Tumors ein weiches Gewebe, das sich nicht zusammendrücken läfst. Dasselbe besteht, wie dies VILLARD nachgewiesen, aus hyperplastischen Knäueldrüsen. Verfasser glaubt denn auch, dafs diese letzteren bei der Entstehung der Naevi eine Rolle spielen und dafs ihre Kapillaren dabei den Ausgangspunkt bilden. Die Elektrolyse ist die empfehlenswerteste Behandlungsweise der Naevi. *C. Müller-Genf.*

Morbus Addisonii und Leukodermie, von S. WILKS-London. (*Lancet.* 28. Juli 1900.) In einem vor kurzem gehaltenen Vortrage hat W. GAIRDNER über

das gemeinsame Auftreten dieser beiden Affektionen gesprochen, wobei er auf einen von Mc Call Anderson publizierten Fall und einen in der ersten Veröffentlichung Addisons beschriebenen Fall verweist. Auch habe er selber zur Zeit gerade einen solchen Patienten in Behandlung und habe wohl zwei oder drei ähnliche Kranke schon sonst gesehen. Gegen diese Auffassung einer gemeinsamen Basis beider Affektionen wendet sich nun W. sehr entschieden mit ausführlicher Begründung. Er hat als Schüler von Addison dessen Fälle sämtlich genau beobachten können, und als wichtigste Eigentümlichkeit sei von diesem immer die diffuse, allgemeine Verfärbung wie bei den farbigen Rassen ohne Fleckenbildung betont worden. Gegen den einen Ausnahmefall habe W. schon zu A's. Lebzeiten und gewissermafsen mit dessen Zustimmung Protest erhoben. Bei allen diesen zweifelhaften Fällen sei der Nachweis der pathognomischen Veränderungen der Nebennieren nicht erbracht worden. Man mufs sie als zweifelhaft ablehnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Morbus Addisonii und Leukoderma, von W. T. Gairdner-London. (*Lancet.* 1900. No. 4014.) Entgegen der vorstehenden Kritik von Wilks hält G. an seiner Diagnose betreffs des Andersonschen Falles fest, da klinisch die Vereinigung der beiden Affektionen von A. und ihm selbst als zweifellos diagnostiziert wurde, und die von Foulis ausgeführte Obduktion typische Erkrankung der Nebennieren ergeben habe. Ferner sei der Addisonsche Fall von diesem als Seitenstück aufgestellt zu einem anderen, bei welchem die Autopsie die Diagnose bestätigte, bei dem aber eine Abbildung nicht hatte beschafft werden können. Verwunderlich wäre ja eine derartige Vereinigung der beiden Krankheiten nicht; ist doch Vitiligo bei den farbigen Rassen gar keine ungewöhnliche Krankheit.

Auf einen ähnlichen von Heller (Encyklopädie der Hautkrankheiten, Leipzig 1900) beschriebenen Fall dieser Komplikation weist G. Pernet noch hin. (*Lancet.* 4015.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Morbus Addisonii; Behandlung mit Nebennierenextrakt; Exitus letalis, von E. G. Trevithick-Cheltenham. (*Lancet.* 1900. No. 4011.) Die Krankheit war bei dem 40jährigen Manne erst zwei Monate vor der Aufnahme deutlich hervorgetreten und endete tötlich 12 Tage nachher. Die Autopsie ergab alte tuberkulöse Veränderungen in der (verbogenen) Wirbelsäule sowie in den Lungen und Bronchialdrüsen. Die Nebennieren waren fibrös entartet und mit ihrer Umgebung fest verwachsen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Histologische Untersuchungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii, von Bianchini. (*Rivista critica di Clinica medic.* 1900. No. 29.) Die Veränderungen welche im Bauch- und Halssympathikus gefunden wurden, waren nur von untergeordneter Bedeutung: leichte Chromatolyse, spärliche Kernveränderungen, Pigmentdegenerationen. Wichtiger dagegen waren die Veränderungen im Centralnervensystem: totale Chromatolyse, zuweilen vollständige Achromatose, excentrische Lagerung des Kernes, Verschwinden des Kernkörperchens, Zerbröckelung der Protoplasmafortsätze, primäre Degeneration einiger Markbündel. Dieser Befund würde nicht gerade zur Stütze derjenigen Theorie verwendet werden können, welche die Krankheitserscheinungen beim Addison als einen Folgezustand von Veränderungen im Sympathikus ansehen. *C. Müller-Genf.*

Einfaches Sommersprossenmittel. (*Zeitschr. f. Kosm.* IV. No. 7.)* Klein gestofsenes Alaun mit geschlagenem Eiweifs vermischt wird am gelinden Feuer beständig umgerührt. Sobald Schaum entsteht, nimmt man die Mischung vom Feuer.

Mit dieser Salbe wird 5—6 Tage lang das Gesicht, welches täglich früh mit Bohnenwasser gewaschen wird, bestrichen. Auf diese Weise sollen angeblich die Sommersprossen allmählich verschwinden. (? d. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Allgemeine Arsenmelanosen, von Enriquez und Lereboullet. (*Presse méd.* 1900. No. 28.) Vorstellung in der Société médicale des hôpitaux eines Falles von allgemeiner Arsenmelanose, die bei einem Psoriasiskranken aufgetreten war, der vier Monate lang täglich 25 Tropfen Fowlersche Lösung inkorporiert hatte. Die Arsenmelanose hat nach den beiden Autoren die Eigentümlichkeit einer fleckigen, mit hellen Stellen untermischten Pigmentation. Im vorliegenden Falle war die Fehldiagnose „Morbus Addisonii" vorangegangen. Die Untersuchung eines excidierten Hautstückes ergab zahlreiche verzweigte Pigmentanhäufungen im Derma mit Pigmentinfiltration der tieferen Epidermiszellen, und zwar um den Kern und um die Zelle selbst herum. Diese sind an den helleren Stellen geschwunden, während die erstenerwähnten Pigmenthaufen auch hier zu finden sind. An den pigmentierten Partien sieht man auch Haufen embryonaler Zellen mit zahlreichen subepidermoidalen Pigmentationen. *Hopf-Dresden.*

Hämochromatose und Diabetes mit Bronzefärbung der Haut, von E. L. M. (*Journ. d. pratic.* 1900. No 22.) Das gleichzeitige Vorkommen von hypertrophischer Lebercirrhose und Diabetes mit Bronzefärbung der Haut (Diabète bronzé) wird namentlich in Frankreich nicht allzu selten beobachtet. Eine Reihe von Autoren betrachtet in solchen Fällen den Diabetes als die primäre Erkrankung, die eine Alteration des Blutes und infolge dessen Hämochromatose bewirke; andere Autoren nehmen eine primäre Erkrankung des Blutes an, andere wiederum halten die Lebercirrhose für das Primäre. Kretz endlich behauptet, dafs im Blute zirkulierende toxische Substanzen gleichzeitig Degenerierung der Leberzellen und Zerstörung der roten Blutkörperchen und damit die Lebercirrhose und die Pigmentierung verursachen; die Überladung der Drüsenzellen mit Pigment und die Ablagerung von Pigment im interstitiellen Bindegewebe bewirken ihrerseits wieder Cirrhose; wenn nun die Cirrhose auch das Pankreas ergreift, dann entsteht Diabetes. Die Natur des Pigments wurde ebenfalls verschieden erklärt; auch werden mehrere Arten von Pigment angenommen und zwar zumeist ockerfarbenes Pigment oder Hämosiderin, dessen Entstehung an die Zerstörung der roten Blutkörperchen gebunden ist, und Hämofuchsin. Die Ursache für die Ablagerung des Pigments in den verschiedenen Organen, sowie die Art seiner Entstehung sind ebenfalls noch nicht aufgeklärt. Dafs das ockerfarbene Pigment in der Leber entsteht und von dieser aus in die anderen Organe gelangt, ist nicht wahrscheinlich. Die Leber trägt aber möglicherweise zur Entstehung dieses Pigments und der allgemeinen Hämochromatose bei, indem sie die eisenhaltigen Derivate des Hämoglobins nicht genügend zerstört und so die Anhäufung derselben im Blute ermöglicht. *Götz-München.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Phlebektasien am Mons pubis und am linken Beine bei einem männlichen, jugendlichen Individuum, von Knotz. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 40.) Bei dem 25jährigen Patienten traten im Alter von 10 Jahren Schmerzen im linken Bein und eine Anschwellung des linken Unterschenkels auf, die nach einem Jahr völlig verschwand. Vor 4 Jahren trat über Nacht eine Anschwellung des linken Beines auf das Doppelte des früheren Umfanges auf, seither bestehen Phlebektasien daselbst. In

der Schambeingegend, an der linken Scrotalhälfte und der angrenzenden Oberschenkelhälfte fällt besonders ein mächtiges Venenkonvolut auf, welches sein Blut gegen den Mons pubis entleert. — Was nun die Ätiologie dieses Falles anbelangt, fehlte jedes Zeichen einer Herz- oder Lebererkrankung, sowie überhaupt die gewöhnlichen Ursachen für die Phlebektasien in den unteren Körpergegenden. Die rasche Entwickelung der Störung wäre durch den Verschluſs der groſsen Gefäſsstämme des linken Beines zu erklären. Verf. berichtet zugleich über einen anderen Fall, wo es durch den Druck eines hühnereigroſsen Lymphoms auf die Einmündungsstelle der Vena saphena zu Phlebektasien im Gebiete derselben gekommen, ohne die Venen am Mons pubis, den Genitalien und der Bauchwand auch nur im geringsten zu verändern. Für die Eigentümlichkeit dieser gemachten Beobachtungen von Phlebektasien, die auch von den Assentierungskommissionen in Bosnien häufig gemacht wird, wäre anzunehmen, daſs es sich um eine Rasseneigentümlichkeit der jungen Männer in Bosnien handelt, wonach eine primäre Erkrankung der Gefäſswand ohne sonstig hinzugekommene Momente als Ursache für die Phlebektasien an sonst so selten betroffenen Orten, wie Mons pubis und Bauchwand anzusprechen wäre. — Bald nachher verstarb ersterwähnter Patient an Dysenterie und Verfasser gelangte zum Obduktionsbefunde.

A. Alpár-Alexandria.

Zur Ätiologie und Kasuistik von Phlebektasien bei jungen Männern. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 48.) Die Obduktion stellte eine überstandene Endo- und Myocarditis fest, in der Vena femoralis sin. fand sich unterhalb des Lig. Poupartii ein 2 cm langer, organisierter Thrombus, an dieser Stelle war die Vene bloſs federkieldick. Die weiten Anastomosen auf dem Mons veneris stellten einen Collateralkreislauf zwischen den beiderseitigen V. pudend. ext. dar. Die gefundene Herzerkrankung war klinisch früher nicht nachweisbar, die Venenaffektion dürfte also mit dieser Erkrankung wenig in Zusammenhang stehen, sondern nach Ansicht des Verfassers dürfte dieselbe vielmehr mit einer lokalen Erkrankung der Venenwand in der Gegend des Poupartschen Bandes eingesetzt und sekundär obturierende Thrombose nach sich gezogen haben. Infolge dieses Verschlusses entstand zunächst die schmerzhafte Anschwellung des linken Beines, die erst allmählich in dem Maſse zurückging, als sich der Kollateralkreislauf über den Mons pubis auf dem Wege der erweiterten Pudendae extern. zur Vena femor. dextr. Bahn brach. Der Fall ist also als eine Phlebitis obliterans aufzufassen, das ein hierzu disponiertes Venengewebe betroffen hat, dies scheint auch dadurch bekräftigt zu werden, daſs schon im Kindesalter eine Venenerkrankung sich abgespielt hat. Für die Berechtigung einer derartigen Auffassung veröffentlicht Verfasser eine zweite Beobachtung mit ähnlichem Verlaufe. Bei einem 28jährigen Manne bestehen seit 5 Jahren federkieldicke Ausdehnungen am Mons veneris. In der letzten Zeit traten unter Schmerzen starke Auschwellung und blaurote Verfärbung des linken Beines auf, worauf sich nach Zurückbildung der Schwellung daselbst Phlebektasien entwickelten. *A. Alpár-Alexandria.*

Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Brunner. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 38.) Von einer kurzen Notiz Gücorgüiewskys betreffend die Behandlung der Panaritien mit Umschlägen von doppeltkohlsaurem Natron ausgehend verwendete Verfasser eine ähnliche Behandlung bei Ulcus cruris, und zwar nach folgendem Verfahren: Auf das mit einer heiſsen Sublimatlösung gereinigte Geschwür kommt zuerst eine einfache Lage von steriler Gaze, welche mit gelber Vaseline oder Lanolin befettet ist, auf diese kommt eine einfache Schichte aus Cellulose (braunes Holzstoffkartonpapier), welche mit einer $2^1/_2$%igen Natrium-carbonicumlösung getränkt ist und hierauf Billroth-Battist; das ganze wird mit einer Calicotbinde fest ver-

bunden. Alle 24 Stunden wird der Verband erneuert. Schon nach dem ersten Verbandwechsel merkt man, wie selbst alte, verwahrloste Geschwüre ein besseres Aussehen bekommen, nach wenigen Tagen sieht man hellrote Granulationen am Boden der Geschwüre, während von den Seiten her nach Erweichung der callösen Ränder die geschwürigen Flächen sich zu überhäuten beginnen: bald bilden sich auch in der Mitte Hautinseln und bei kleineren Geschwüren ist der Heilungsprozefs manchmal in überraschend schneller Weise beendet. Dagegen bietet das Verfahren bei sehr rezenten oder bei übermäfsig wuchernden Geschwüren keine Vorteile vor anderen Verbänden Die Heilungsdauer betrug durchschnittlich 33 Tage. Es heilten bei dieser Therapie sowohl Geschwüre traumatischen und varicösen, als scrophulösen oder ekzematösen Ursprunges und solche, die nach Brandwunden oder chemischen Verätzungen zurückblieben. *A. Alpár-Alexandria.*

Behandlung der varikösen Geschwüre, klinischer Vortrag von Duplay. (*Progr. méd.* 1900. No. 26.) D. beschreibt die verschiedenen Behandlungsmethoden des Ulcus cruris und kommt dann auf die Ätiologie, spez. die Varicen als angebliche Ursache derselben zu reden. In der Mehrzahl der Fälle besteht nämlich nach seiner Ansicht gar kein direkter Zusammenhang zwischen Varicen und Ulcus cruris, so dafs eine vorausgehende Behandlung der Varicen auf das Geschwür nur einen höchst problematischen Einfluſs hat. *C. Müller-Genf.*

Moderne chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden, von Blech. (*Louisville Journ.* Dez. 1899.) Nach einigen Ausführungen über die Ätiologie der Hämorrhoiden kommt Verfasser auf die chirurgische Behandlung derselben zu sprechen. Er verwirft alle eingreifenden Operationen, weil sie gefährlich sind, vor allem die Excision nach Whitehead; er verwirft den Ecraseur, weil die Schlinge oft reifst, oft schlecht sich anlegt; er verwirft die Galvanokaustik, weil das Instrumentarium teuer ist, und gelegentlich versagt; seine Methode ist Durchstechung des Tumors mit gerader Nadel und Verbinden der beiden Hälften; die überstehenden zwei Drittel werden abgeschnitten. Falls es sich um einen einzelnen Tumor handelt, schneidet man ihn ab und vernäht. *F. Hahn-Bremen.*

Sklerodermie, von M. Wolters. (Draschers Bibl. d. ges. med. Wissensch.) An der Hand der bisher veröffentlichten Fälle (über 500) läfst sich das klinische Bild der Erkrankung, welche jetzt wohl allgemein Sklerodermie genannt wird, ziemlich genau schildern. Ätiologisch ist nur festgestellt, dafs sie sich vorwiegend bei chlorotischen, anämischen weiblichen Individuen findet; als veranlassendes Moment wird oft eine heftige Abkühlung, Durchfeuchtung erwähnt. Die Symptomatologie ist mannigfacher Art, was vielleicht auf die beliebte Art der Berichterstattung zurückzuführen ist: ein neuer Name für ein abweichendes Symptom war rasch gefunden, und so wuchs das Wirrsal; gleichzeitiges Auftreten von progressiver Gesichtsatrophie führte zur Erklärung der Krankheit als Trophoneurose. Unterscheiden mufs man drei Stadien: das des Ödems, der Sklerose, der Atrophie; der Verlauf ist meist schleichend: auf das Stadium des Ödems folgt die Hypertrophie, und dann durch Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes und Schwund des Unterhautzellgewebes die Atrophie: durch die dadurch bedingte Unnachgiebigkeit der Haut ist Verletzungen aller Art Thür und Thor geöffnet; Gangrän tritt eigentlich nie ein; die Sensibilität der Haut ist meist normal. Man findet aber häufig auch Befallensein der unterliegenden Muskulatur, ohne dafs an den Stellen Hautveränderungen zu konstatieren sind. Die pathologische Anatomie wird nun eingehend besprochen. Aus allen diesen Untersuchungen zieht W. den Schlufs, dafs die Sklerodermie eine Allgemeinerkrankung

darstellt, eine interstitielle Entzündung, die aufser der Haut auch die Muskulatur, Knochen und andere Organe befällt, über deren Ursachen wir aber nichts oder doch nur wenig wissen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Myxoedema, von Eshner. (*Internat. Magas.* Nov. 1899.) Es handelte sich um einen 50 Jahre alten Russen, dick und von kleiner Statur, seine Lippen waren dick, Zunge sehr vergröfsert, Nase grofs und breit, Hände vergröfsert, mehr der Breite nach, die Thyreoidea war zu fühlen. Unter Darreichung von Thyreoidextrakt besserte sich der Zustand, die vergröfserten Teile wurden kleiner, aber der Patient entzog sich der Behandlung. Verfasser bringt die Photographie des Falles und daneben zum Vergleich eine von Adipositas dolorosa. *F. Hahn-Bremen.*

Idioneurosen.

Antipruriginosa, von P. G. Unna. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 5—6.) Bei dem Zustandekommen der Juckempfindung spielen mehrere Faktoren eine Rolle, in erster Linie die Beschaffenheit der Oberfläche der Haut. Die Beschränkung der Juckempfindung auf die der Oberfläche zunächst gelegenen Hautteile ist so charakteristisch, dafs bei einer Affektion, welche teils oberflächlich gelegene, teils tief liegende Efflorescenzen darbietet, wie manche Fälle von Riesenurticaria, nur die ersteren jucken. In zweiter Linie spielt bei der Juckempfindung eine Rolle die Stauung des Gewebsaftes, kurzweg die Lymphstauung; hierher gehören alle Stauungsdermatosen. Es giebt aber auch Stauungsdermatosen, so vor allem die Elephantiasis, welche ohne Jucken verlaufen. Da nun weder die Oberflächenbeschaffenheit allein, noch die Lymphstauung allein als zureichender Grund des Juckens angesehen werden kann, so mufs man annehmen, dafs es ein bestimmtes Verhältnis beider Faktoren ist, welches das Jucken erzeugt und zwar ein Mifsverhältnis zwischem dem Druck des Gewebsaftes und dem Gegendruck der Oberhaut. Unerklärt bleiben allerdings durch diese Theorie die eigentlichen Pruritusfälle sine materia. — Was nun die Therapie des Juckens anbelangt, so wirken indirekt alle jene Mittel unter Umständen juckstillend, welche das Grundübel heilen. Die eigentlichen Antipruriginosa zerfallen in zwei Gruppen und zwar entweder können die Nerven, welche die Juckempfindung auslösen, selbst beeinflufst werden, oder man sucht das bestehende Mifsverhältnis zwischen Lymphdruck und Oberflächendruck zu beseitigen, welches ungünstig auf jene Nerven wirkt. — Ob es reine Nervina im strengen Wortsinne giebt, ist noch nicht erwiesen, als solche können sie nur aufgefafst werden bei Blofsliegen der Stachelschicht und der Cutis. Da, wo eine normale oder verdickte Hornschicht vorhanden ist, werden vielmehr diejenigen bevorzugt werden müssen, welche nebenbei die Hornschicht anzugreifen und zu überwinden im stande sind. Günstiger wirken die narkotischen Alkaloide, vorausgesetzt, dafs man diese selbst in spirituöser oder spirituösätherischer Lösung braucht; eine andere zweckmäfsige Form für den Gebrauch der Alkaloide wäre die der Seife. Unter den die Hornschicht angreifenden Mitteln und juckstillend wirkend ist die Karbolsäure in Form von Kühlsalben und Pasten, die Kresole, Theerpräparate und deren Derivate, die Balsame, Menthol, Ichthyol mit seinen Ersatzmitteln Thiol und Tumenol. Alle diese Mittel haben das Gemeinschaftliche, dafs sie die Hornschicht selbst angreifen, flüchtige, nervenbetäubende Bestandteile enthalten, und zumeist auch eine nach aufsen schützende, firnifsartige Decke auf der Haut bilden, welche ein zweckmäfsiges, länger vorhaltendes Reservoir für die nach innen verdunstenden Antipruriginosa abgiebt. Wo so eine firnifsartige Beschaffenheit

STATE MEDICAL LIBRARY APR 26 1902

fehlt, so besonders bei der Karbolsäure, dem Kreosot und Ichthyol, ist es zweckmäfsig das Medikament in Form eines wasserlöslichen (Gelanth) oder unlöslichen (Kollodiumfirnifs) Firnifs zu verordnen. Oder man appliziert diese Substanzen pur oder in spirituöser Lösung, läfst antrocknen und überleimt und wattiert die betreffende Hautstelle. — Stärkere Juckempfindungen werden auch von der hyperkeratotisch verdickten Oberhaut ausgelöst und dies hauptsächlich, wo ein Mifsverhältnis zwischen Oberflächendruck und Lymphdruck vorhanden ist. In allen diesen Fällen bilden die Keratolytica und die hornerweichenden Mittel die gegebenen Heilmittel. — Zur Beseitigung des inneren Überdruckes, soweit eine einfache Blutstauung und ein spastisches Ödem der Haut vorliegt, werden innerlich Atropin, Belladonna, Ichthyol, salicylsaures Natron und Antipyrin angewendet. Bei den Senkungshyperämien wirkt der äufsere Druck von Zinkleim, Gelanth und Kollodiumfirnissen juckstillend. Auch durch die Wallungshyperämie kann sofort die das Jucken bedingende Stauungshyperämie und Lymphstauung aufgehoben werden in Form von Hitze, heifse Kompressen, Plätteisen, leichtes Überstreichen mit dem Paquelin.

A. Alpár-Alexandria.

Verschiedenes.

Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg. Heussweg 13, Eimsbüttel.) Am 1. Januar 1901 wird das bisher mit der Unnaschen Klinik verbundene dermatologische Laboratorium räumlich von derselben getrennt, zugleich erheblich vergröfsert und weiteren Lehrzwecken dienstbar gemacht.

Die Herren Drs. Abel, Cohn, Delbanco, Herz, Leistikow, Smilowski, Troplowitz und Unna werden sich an der Abhaltung regelmäfsiger Demonstrationskurse beteiligen, als deren Gegenstände:

Normale Anatomie, Physiologie, Histotechnik, allgemeine Pathologie, Histopathologie, Mykopathologie, experimentelle Pathologie, Mikrophotographie, sowie Hygiene der Haut,

Klinik und Diagnose, allgemeine Therapie, spezielle Therapie, Pharmakologie, Pharmakotechnik, Makrophotographie, Geschichte der Hautkrankheiten

zunächst in Aussicht genommen sind.

Es werden jährlich zunächst zwei 6wöchentliche Kurse und zwar von:

Anfang Februar bis Mitte März,

Ende September bis Mitte November

abgehalten.

Aufserdem werden das ganze Jahr hindurch Arbeitsplätze für solche Herren vergeben, welche selbständige Arbeiten auf dem Gebiete der Dermatologie auszuführen beabsichtigen. Das chemische Laboratorium steht unter Leitung von Herrn Dr. phil. Troplowitz.

Die Zuhörer und Laboranten haben freien Zutritt zur Poliklinik und Bibliothek von Dr. Unna.

Untersuchungen an Kupferarbeitern, von L. Lewin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Da viel darüber gestritten ist, ob Kupfer chronische Vergiftungen

erzeugen kann, hat Verfasser sich eingehend mit dieser Frage beschäftigt, sowohl experimentell, als auch durch Beobachtung der Arbeiter an Kupferwerken. Im allgemeinen hat er nichts schädliches nachweisen können. Uns interessiert, auf-er dem Auftreten von gelegentlichen juckenden Dermatitiden und der grünlichen Auflagerung auf den Zähnen vor allem die grüne Verfärbung der Haare bei Kupferarbeitern, die nicht durch eine äufserliche Imprägnierung mit Kupfersalzen zu stande kommt, sondern dadurch, dafs Kupfer unter besonderen individuellen Verhältnissen aus dem Innern des Körpers in die Haare gelangt ist. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kenntnis der Nebennieren, von Otto Aichel-Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 36.) Nach dem Ergebnisse der vom Verfasser angestellten Untersuchungen hat die Entstehung der Nebennieren beim Menschen und den Säugern, gleichwie bei den niederen Wirbeltieren, mit dem Sympathikus nichts zu schaffen. Die erste Anlage der Nebennieren des Menschen und der höheren Wirbeltiere entwickelt sich gleich den beiden Anlagen des Interrenalkörpers der niederen Wirbeltiere aus einem Abschnitt der Urniere und zwar aus dem Leibeshöhlentrichter der Querkanälchen. Die beim Manne in der Nähe des Hodens, beim Weibe im breiten Mutterband gelegenen Nebennieren, die von Marchand zuerst beschrieben wurden, stellen normale Gebilde dar, welche gleich den Suprarenalkörpern der niederen Wirbeltiere aus den Querkanälchen der Urniere entstehen. Der Verfasser schlägt für diese Organe den Namen „Marchandsche Nebennieren" vor. Die versprengten Nebennieren, die sich in seltenen Fällen in der Nähe der Nebennieren des Menschen und der Tiere finden, sind zufällige Bildungen. — Über die Thätigkeit der Nebennieren ist noch nichts Sicheres bekannt; möglicherweise bestehen Beziehungen zwischen den Nebennieren und dem Geschlechtsapparat. Sicher scheint das eine zu sein, dafs die Nebennieren lebenswichtige Organe darstellen und dafs die Marchandschen Nebennieren unter gewissen Bedingungen im stande sind, für die Nebennieren einzutreten und dieselben zu ersetzen. *Göts-München.*

Ein schädliches Haarfärbemittel und seine Folgen. (*Zeitschr. f. Kosm.* IV, 12.) Infolge eines Kusses auf die mit jenem Haarfärbemittel (über die Zusammensetzung wird nichts berichtet. D. Ref.) gefärbten Haare einer Dame erkrankte ein Herr an einem fleckigen, hartnäckigen Ekzem des Gesichtes. Auf seine Klage hin wurde der Verabreicher dieses „Mittels", ein Pariser Coiffeur, zur Zahlung einer Entschädigung von 2500 Frcs. verurteilt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Wasserbett, von J. Rille-Innsbruck. (*Bibl. d. ges. med. Wissensch.*) Nach eingehender mit Illustration versehener Schilderung der permanenten Wasserbäder wie sie in Innsbruck, Wien, Hamburg gebräuchlich sind, schildert Verfasser die Hauptindikationen für das Wasserbad, die grofsen Verbrennungen, denen er in zweiter Linie dann andere Leiden wie Pemphigus foliaceus, Psoriasis, Pityriasis rubra, Decubitus und ähnliches zugesellt. Die Einzelheiten sind im Original nachzulesen.
Bernhard Schulze-Kiel.

Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder ladet zu einem Wettbewerb behufs Erlangung einer für den öffentlichen Vortrag geeigneten Abhandlung über Volksbäder ein. Der erste Preis beträgt dreihundert, der zweite zweihundert Mark. Programme und nähere Bedingungen sind kostenfrei von der Geschäftsstelle der Gesellschaft, Berlin NW., Karlstrafse 19, zu beziehen. Die Einsendung mufs bis zum 1. März 1901 erfolgen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 2. 15. Januar 1901.

Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn).

Von

Dr. E. Heuss-Zürich.

(Schluſs.)

Mit Tafel I.

Ebensowenig kann ich mich aber dem Vorgehen von Kromayer anschlieſsen, der die Atrophia maculosa cutis auf Grund ihres pathologischen Verhaltens mit der Morphaea, der Sklerodermie in Beziehung bringt, ein Versuch, der übrigens schon früher von Livbing, Duhring u. a. gemacht worden. Zeigen diese letzteren Dermatosen doch vor allem den Charakter eines hypertrophisch-entzündlichen Leidens mit nachfolgender Einschmelzung des kutanen und subkutanen Gewebes und Ersatz durch Narbengewebe, Erscheinungen, die, wie bereits ausführlich besprochen, der Atrophia maculosa cutis vollständig abgehen.

Pathogenese.

So übersichtlich die Histogenese, so wenig wissen wir über die Pathogenese der Atrophia maculosa cutis.

Was ist die Ursache des Elastinschwundes? Es liegt am nächsten, denselben mit der kleinzellig entzündlichen Infiltration in direkten Kausalnexus zu setzen. So hat Kaposi, ohne die groſse Resistenzfähigkeit der elastischen Elemente zu berücksichtigen, mit Bezugnahme auf den Fall Pellizari (s. u.) den Schwund des Elastins auf Druckwirkung (z. B. eines Blutextravasates) zurückgeführt, also mechanisch erklärt, eine Auffassung, die schon von Jadassohn als wenig wahrscheinlich dargethan wurde. Auch ist die Theorie einer solchen Druckusur mit dem Befund bei Stauungselephantiasis und bei Unterschenkelvaricen schwer vereinbar, indem hier in den unter hohem Druck stehenden Geweben die elastischen Fasern nicht nur nicht vermindert, sondern vermehrt sind.

Gegen eine chemische Einschmelzung des Elastins durch die um di Gefäfse angesammelten Rundzellen in der Art, dafs letztere ähnlich Osteo klasten bei Osteomalacie, Caries, Fraktur etc. hier gleichsam als „Elasto klasten" das Elastin auflösen, sprechen, abgesehen vom Fehlen analoge Vorgänge in der übrigen Pathologie, eine Reihe von Momenten: da gegenüber der Gewebsinfiltration örtlich und zeitlich differierende Auf treten des Elastinschwundes; das Erhaltenbleiben wenn auch nur gan vereinzelter elastischer Fäserchen gerade mitten in diesen Zellherden be Schwund in der weitern, im übrigen noch intakten Umgebung; di weder morphologisch, noch in Bau und Gruppierung von einer chronischer Entzündung abweichende Rundzellenansammlung etc. Aus den gleicher Gründen ist auch die Annahme eines „Auffressens" der elastischen Faser durch die Rundzellen, eine Fähigkeit, die SOUDAKEWITSCH bekanntlich ge wissen Riesenzellen zuschreibt (welche Theorie übrigens von UNNA be kämpft wird) schon a priori nicht wahrscheinlich.

Ich glaube daher, dafs das mikroskopische Bild uns nicht berechtigt, das Schwinden der elastischen Fasern von den entzündlichen Erscheinungen direkt abhängig zu machen.

Andererseits machen die gleichen Momente, die gegen eine direkte Abhängigkeit des Elastinschwundes von der entzündlichen Zellinfiltration sprechen, die Annahme, beide Symptome möchten Folgeerscheinungen ein und desselben schädigenden Agens sein, um so wahrscheinlicher. Hierbei könnten wir nach LEBERT u. a. die Rundzellenansammlung um die Gefäfse gleichsam als eine Art Schutzvorrichtung vor der von den Gefäfsen ausgehenden elastinzerstörenden Wirkung auffassen, als einen Wall, der, wie der klinische Verlauf zeigt, nur langsam und allmählich von dem elastinfeindlichen Agens durchbrochen wird.

Welcher Natur müfste nun dieses entzündungserregende, elastinzerstörende Agens sein, und welchen Weg hat es in die Haut genommen? Ich gehe zuerst zur Beantwortung der zweiten Frage über. Zwei Wege stehen demselben offen, der exogene und der endogene. Über die Unwahrscheinlichkeit der ersteren Annahme, dafs das schädigende Agens direkt von aufsen kommend die Veränderungen veranlafst hat, brauche ich mich nicht weiter auszulassen. Anamnese (Fehlen eines vorausgegangenen Traumas), klinisches (symmetrische Lokalisation, Einförmigkeit der Efflorescenzen) und histologisches Bild (Intaktbleiben des Epithels,[9]

[9] Nicht immer! dieses Moment hat nur einen relativen Beweiswert. Einesteils kann auch bei sicher nachweisbarer Infektion von Aussen der genommene Weg des Krankheitsträgers durch die grosse Restitutionsfähigkeit der Epidermis rasch unkenntlich werden. Anderenteils reagiert das lebende Epithel, die Stachelschicht auf (äufsere) Reize viel langsamer als die unterliegende Gefäfsschicht, sodafs letztere schon deutlich nachweisbare Veränderungen zeigen kann, während die direkt betroffene Epidermis vollständig unverändert reaktionslos bleibt. So kann man bei der Pityriasis versicolor,

dentritische Ausbreitung des Prozesses längs den Gefäfsen etc.) sprechen gegen einen exogenen Ursprung.

Bei der Annahme einer endogenen Entstehung können die Nerven oder das Blut den Krankheitsträger bilden. Viel Bestechendes hat die Annahme einer vom Nervensystem ausgehenden Erkrankung, z. B. einer trophischen Störung. Fehlen in unseren Fällen auch positive Beweise, so legt der Schlufs per analogiam diese Annahme nahe. Kennen wir doch eine Reihe der verschiedenartigsten Hautaffektionen (ich erinnere nur an gewisse Erytheme: Urticaria, Erythema multiforme, manche Arzneidermatosen) Neurosyphilide und Neurolepride etc., dann an gewisse von Hautatrophie gefolgte Affektionen: Sclerodermie, Erythromelie, Alopecia areata, Hemiatrophia facialis, manche Formen von generalisierter Hautatrophie etc.), die mit mehr oder weniger Recht mit dem Nervensystem in kausale Beziehung gebracht werden, und die, sei es im klinischen oder histologischen Verhalten, mit der Atrophia maculosa cutis einige Ähnlichkeit zeigen. Die minimalen, symmetrisch gelegenen und an umschriebenen Stellen auftretenden Gefäfsveränderungen, die von so eigenartig spezifischem Verlust gefolgten substanziellen Ernährungsstörungen liefsen sich bei Annahme einer central liegenden Trophoneurose, mag nun selbe auf einer centralen Erkrankung selbst (Köbner, Lewin) beruhen, oder auf reflektorischem Wege (Besnier-Doyon) entstanden sein, einigermafsen erklären. Noch kürzlich hat diese Auffassung in Mibelli anläfslich der Besprechung eines unserem ersten ähnlichen Falles einen beredten Verteidiger gefunden. Doch findet er hierbei weniger den Verlust des elastischen Gewebes, den er auch in seinem Fall auf eine klinisch spurlos vorausgegangene entzündliche Infiltration zurückführt, bemerkenswert, sondern betont mehr das Fortbestehen des atrophischen Zustandes, die fehlende Regeneration des elastischen Gewebes als charakteristisch und macht sie vom Nervensystem abhängig, indem er sie mit Unnas Neurosyphiliden in Parallele bringt (s. u.

Ich kann mich zu dieser Auffassung nicht bekennen. Wohl darf man auf das Fehlen nervöser Symptome sensibler oder sekretorischer Natur kein zu grofses Gewicht legen. Auch dafs die Flecken am Oberarm (1. Fall) — am Rumpf könnte man sie wegen ihrer den Langerschen Spaltungslinien entsprechenden Lage etwa mit den gleich verlaufenden Interkostalnerven in Beziehung bringen, — Gesicht (2. Fall) keine Übereinstimmung mit einer bestimmten Nervenbahn erkennen lassen, spricht nicht dagegen. Doch treten, wenn auch nicht durch Intensität, so doch durch ihr charakteristisches Verhalten gegenüber dem Elastin die ent-

---

der Hornschichterkrankung par excellence, wo makroskopisch jede Röte etc. fehlt, dennoch chronisch entzündlichen Erscheinungen (Rundzelleninfiltration, vereinzelte Mastzellen etc.) in der Papillarschicht nachweisen, während die zwischenliegende Stachelschicht selbst anscheinend vollständig intakt bleibt.

zündlichen Erscheinungen vor allem in den Vordergrund: kein Elastinschwund ohne gleichzeitige Entzündung, die sich im JADASSOHNschen Falle sogar bis zur Papelbildung mit reichlich kleinzelliger Infiltration gesteigert hatte. Entzündliche Erscheinungen gehören aber nicht zum Wesen rein neurogener Dermatosen. So zeigen die auf angioneurotischer Basis beruhenden Erythemflecken und Papeln der Urticaria nur Kongestion der Gefäfse und Ödem, keine Ansammlung mononukleärer Lymphocyten etc. Die in unserm Fall klinisch und histologisch so deutlich in den Vordergrund tretenden chronisch-entzündlichen Erscheinungen, lassen sich daher mit der Annahme einer Trophoneurose nicht gut vereinigen. Sie aber als zufällige Begleiterscheinungen oder vielleicht als „eine Art Wucherungserscheinung nach Wegfall eines Wachstumshindernisses im Sinne WEIGERTS" (JADASSOHN) aufzufassen, also als sekundäre Veränderung im Anschlufs an einen spezifisch trophischen Nerveneinfluſs, der nur die elastischen Fasern in Mitleidenschaft zieht, beziehungsweise sie an ihrer Regeneration verhindert (MIBELLI), hat etwas Künstliches und macht die Lösung der Aufgabe durch Einführen einer neuen Unbekannten nur komplizierter. Doch nicht nur dies! das Dogma des neuropathischen Ursprungs gewisser Dermatosen wird in jüngster Zeit überhaupt angefochten. So versucht PHILIPPSON,[10] gestützt auf eine Anzahl sorgfältig durchgeführter histologischer Untersuchungen, die bis dahin unbestritten als Typus wahrer neurogener Dermatosen geltenden „nervösen" Erytheme, wie die Urticaria, ihres nervösen Charakters zu entkleiden, und stellt sie als eine besondere Art von Entzündung dar, die durch Reize hervorgerufen wird, welche auf dem Blutwege (Embolie und Metastase) in die Haut gelangen. Es würde, so verlockend es auch wäre, zu weit führen, an Hand unserer beiden Fälle auf diese geistreiche und kritisch gehaltene Arbeit hier näher einzutreten. Doch werde ich in weiterem Verlauf auf dieselbe insoweit zurückkommen, als sie mir geeignet erscheint, das Dunkel über die Pathogenese in unserem Falle etwas lichten zu helfen.

Auf Grund der bisherigen Besprechung sind wir zu dem Schlusse gelangt, 1. dafs das schädliche Agens nicht direkt von aufsen stammen kann, und 2. dafs „von inneren Ursachen" die neuropatische Hypothese als unwahrscheinlich zurückzuweisen ist. Es bleiben also nur noch die Blutbahnen übrig.

Die Annahme, dafs das Blut die Vermittelung des entzündungserregenden Agens spielt, findet im klinischen und im histologischen Bild eine gute Stütze: 1. per analogiam: So eigenartig das sekundäre atrophische Stadium ist, so wenig charakteristisches bietet das primäre, erythematöse. Durch nichts lassen sich die einzelnen roten Flecken von

[10] *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* Bd. 51, S. 33.

anderen Erythemflecken: Roseolae syphiliticae, Masern- und Arzneiexanthem, Lepra erythematosa etc., unterscheiden. All diese fleckigen Efflorescenzen verschiedenster Herkunft sind in ihrem Aussehen so einförmig, unter einander so täuschend ähnlich, dafs es, wenn man sie nur morphologisch betrachtet, in weitaus den meisten Fällen unmöglich ist, aus ihnen allein eine richtige Diagnose zu stellen. Doch auch in ihrem sonstigen klinischen Verhalten: dem multipeln und meist gleichzeitigem Auftreten mit Bevorzugung der Streckseiten der Extremitäten (JADASSOHNS und mein erster Fall) und des Gesichtes (THIBIERGES und mein zweiter Fall), der meist symmetrischen Verteilung mitten auf gesunder Haut etc. zeigen all diese Efflorescenzen die gröfste Uebereinstimmung und lassen trotz ihrer verschiedenen Ätiologie einen gleichartigen Entstehungsmodus vermuten. Es wurde dann auch schon bei verschiedenen dieser Hautaffektionen ein hämatogener Ursprung, sei dieser nun auf direkte lokale Invasion von Mikroorganismen (Embolie) oder auf Wirkung von Toxinen zurückzuführen, direkt nachgewiesen, so dafs schon dadurch die Annahme eines ähnlichen Entstehungsmodus bei der Atrophia maculosa cutis wahrscheinlich wird. Und diese Vermutung gewinnt durch das histologische Bild noch mehr an Wahrscheinlichkeit. Auffallender Weise beobachten wir nämlich die ersten und intensivsten Veränderungen nicht in den einer hämatogenen Noxe gegenüber anscheinend viel weniger widerstandsfähigen zarten Gefäfsen der Papillarschicht, sondern in den gröfseren Gefäfsen der oberen und mittleren Cutislagen, von wo sich die Entzündung rasch längs des Gefäfsbaumes nach oben in die Papillarschicht ausdehnt. Diese eigenartige Verbreitungsweise ist aber für den hämatogen Infektionsmodus geradezu charakteristisch, im Gegensatz zur Infektion von aufsen, wo der primäre Sitz der entzündlichen Infiltration viel oberflächlicher, in der Papillarschicht, sich findet, die Cutisschichten viel später befallen, und der histologische Aufbau, sowie die Verbreitungsweise nicht dentritisch verzweigt, sondern konzentrisch erfolgen. So erstrecken sich bei der Roseola syphilitica, bei den akut auftretenden erythematösen Flecken und Papeln der Lepra etc., welche durch Infektion auf dem Blutwege entstanden, die „Neubildungen schon gleich bei ihrer Entstehung durch alle Schichten der Cutis, da sie sich um die Blutgefäfsverzweigungen bilden, die ihnen ihre Form vorschreibt. Sie sind dentritisch gebaut. (PHILIPPSON[11])". Setzen wir statt Neubildung „Elastinverlust", so entspricht diese Beschreibung vollständig dem ersten Entwicklungsstadium, dem „roten Flecken" der Atrophia maculosa cutis; erst später, im „weifsen Flecken", verwischt sich das Bild durch weitere Ausbreitung und Verschmelzung der einzelnen zungen- und streifenförmigen „leeren"

[11] l. c.

Stellen, doch nicht ohne durch die umgekehrt kegelförmige, einem oder mehreren, neben einander liegenden Gefäfskegeln entsprechende Gestalt den hämatogenen Ursprung zu verraten.

Wir müssen also annehmen, dafs die entzündungserregende, elastinzerstörende Materie auf dem Blutwege in die Haut gelangt, wo sie aber wegen ihrer starken Verdünnung und weil sie auf dem Wege dahin vielfach Gelegenheit gefunden hat, ihre Affinitäten zu sättigen, gleichwie bei anderen hämatogenen Dermatosen nur in abgeschwächter Form zur Wirkung gelangt, weshalb die von ihr hervorgerufenen entzündlichen Störungen viel milder sind.

Über die Natur dieses schädigenden Agens wissen wir nichts Bestimmtes. Nahe liegt der Gedanke, es möchte sich um Bakterien, bez. deren Stoffwechselprodukte handeln, welche auf die gegenüber chemischen Agentien sonst so widerstandsfähigen elastischen Fasern ihre spezifisch deletäre Wirkung ausüben. Ähnliches finden wir z. B. bei Lupus vulgaris, wo nicht nur die zellige Randinfiltration, sondern auch eine etwa linienbreit anscheinend ganz normale Zone um den lupösen Herd herum von Elastin frei ist, was Du Mesnil durch eine Fernwirkung der tuberkulösen Stoffwechselprodukte, durch eine Art Verdauung der elastischen Fasern erklärt. Nach Bakterien, speziell Tuberkelbazillen, habe ich natürlich gesucht, jedoch vergebens, wie ja auch aus klinischen und histologischen Gründen ein solcher Befund nicht wahrscheinlich war. Dagegen können bei auf endogenem Wege verursachten Hautentzündungen Stoffwechselprodukte in Frage kommen, die im Innern des Körpers selbst gebildet werden, mögen selbe autochthon als Folge abnormer Fäulnisvorgänge im Darm entstanden oder als direkte Bakterientoxine oder als Reaktionsprodukte des Organismus gegenüber einer bakteritischen Invasion aufzufassen sein. Dieselben gelangen unter günstigen Umständen durch den Blutstrom in die Haut, um dort als Hautgifte, richtiger gesagt als Hautgefäfsgifte zu den verschiedenartigsten Hautveränderungen Anlafs zu geben. Gewifs hat die Hypothese, auch die Atrophia maculosa cutis als eine durch toxische Metastase entstandene Dermatose aufzufassen, manches Verlockende, sowohl im histologischen, als im klinischen Bild. Oder sollte es etwa nur ein Spiel des Zufalls sein, dafs in drei von den vier bis anhin zur Besprechung gelangten Fällen die Tuberkulose sowohl anamnestisch als im allgemeinen Krankheitsbild eine hervorragende Rolle spielt? Der 4. Fall (von Thibierge) kann leider nicht verwertet werden, als hier nicht auf Tuberkulose untersucht worden ist. Sollten dagegen weitere Beobachtungen diesen Befund bestätigen, müfste die Atrophia maculosa cutis, da eine eigentliche Hauttuberkulose natürlich nicht in Frage kommen kann, vielleicht nicht als eine Art Exanthem der Tuberkulose, als ein Tuberkulid, aufzufassen sein? Werden doch unter diesem Sammelbegriff die

klinisch und histologisch verschiedenartigsten Dermatosen untergebracht, die nur das Eine gemeinsam haben, dafs sie, ohne ein spezielles klinisches Pathognomonicum an sich zu tragen, häufig oder konstant bei Individuen zu finden sind, die früher oder später sich als tuberkulös erweisen, bei denen es sich also wahrscheinlich um eine Fernwirkung des Tuberkelbazillus handelt, die durch Toxine vermittelt wird. Sollte sich demnach die Atrophia maculosa cutis vorzugsweise bei tuberkulösen Personen oder solchen, „die es werden wollen", finden, so könnten wir sie mit gutem Recht unter den, wie mir scheint, immer mehr und mehr ein Sammeltopf für alles mögliche werdenden Begriff der „Tuberkulide" unterbringen. Aber vorausgesetzt auch, sogar eine Tuberkulininjektion würde an den atrophischen Flecken in positivem Sinne ausfallen (bei meiner zweiten Patientin, bei der ich erst auf diese möglichen Beziehungen mit Tuberkulose aufmerksam wurde, musste ich aus äufseren Gründen von einem solchen Versuch abstehen), so ist die Zahl der bis anhin konstatierten Fälle von Atrophia maculosa cutis doch zu klein, um in dieser Hinsicht weitere Schlüsse zu ziehen. Im Falle Mibelli handelte es sich sogar um einen ausgesprochenen Syphilitiker, sodafs wir, wollen wir uns nicht ganz auf das Gebiet der Hypothese und Spekulation begeben, höchstens behaupten könnten, dafs das klinische und histologische Symptomenbild die Annahme einer durch toxische Einflüsse (Tuberkulose, Syphilis?) hervorgerufenen hämatogenen Dermatose wahrscheinlich macht.

Bevor wir nun zum folgenden Teil unserer Aufgabe, einer kritischen Sichtung der vorliegenden spärlichen Kasuistik, übergehen, rekapitulieren wir zur Erleichterung dieser Aufgabe die aus der Betrachtung der vier charakteristischen Fälle gewonnenen Data:

1. Klinisch handelt es sich bei der Atrophia maculosa cutis um eine schleichend auftretende, chronisch verlaufende Hautaffektion, charakterisiert durch die schmerzlose Bildung blafs- bis blauroter, „lockerer" Flecken, seltener Papeln, von Linsen- bis Walnufsgröfse, die eine leicht gefältelte, im übrigen vollständige normale Oberhaut zeigen, die sich „lochförmig" anfühlen, innerhalb Wochen und Monaten langsam abblassen und weifsliche, narbenähnliche, „subepidermoidale" Defekte in der Haut zurücklassen. Gesicht und Streckseite der oberen Extremitäten, auch obere Rumpfgegend sind der bevorzugte Sitz der Affektion. Meist scheinen Personen weiblichen Geschlechts im mittleren Alter befallen zu werden. Subjektive Beschwerden fehlen vollständig.

2. Histologisch kennzeichnet sich die Affektion durch minimale, von den Gefäfsen der Cutis und der Papillarschicht ausgehende chronisch-entzündliche Erscheinungen, die von einem fleckenförmigen totalen Schwund

des Elastins gefolgt sind, das keine Neigung zur Restitution zeigt. — Pathogenetisch scheint es sich um eine hämatogene autotoxische Dermatose (bei Tuberkulose etc.) zu handeln.

Kasuistik.

In Folgendem bespreche ich in aller Kürze nicht nur diejenigen Fälle, die unter der Etikette Atrophia maculosa cutis oder synonymen Bezeichnungen mit mehr oder weniger Recht diesem Krankheitsbild beigezählt wurden, sondern komme auch auf einige eigenartige, unter den verschiedensten Bezeichnungen in der Litteratur verstreute Beobachtungen zu sprechen, die, wenn sie auch nicht zur eigentlichen Atrophia maculosa cutis zu zählen sind, doch in klinischer und histologischer Hinsicht engere Beziehungen zu dieser Affektion zu haben scheinen.

Volle fünf Jahre vergingen nach Erscheinen der JADASSOHNschen Arbeit, bis anläßlich des XII. Internationalen Medizinischen Kongresses in Moskau 1897 durch GALEWSKI[12] ein neuer Fall zu allgemeiner Kenntnis gelangte. Trotz den überaus spärlichen Angaben:

die Affektion begann mit einem erythematösen Vorstadium, dem dann der Zustand der Atrophie, des völligen Schwundes des elastischen Gewebes, folgte,

kann an der Richtigkeit der Diagnose kaum ein Zweifel aufkommen.

Vielleicht ein Pendant zum Fall von THIBIERGE und meinem zweiten, vielleicht aber auch ein Lupus erythematodes, dürfte die Beobachtung von NIELSEN[13] bilden, die dieser Forscher unter der Bezeichnung Atrophodermia erythematosa maculosa mit excentrischer Verbreitung in der Dänischen Gesellschaft für Dermatologie 1899 zur Vorstellung brachte.

Bei einem 22jährigem Mädchen entwickelte sich im Verlauf von zwei Jahren auf der rechten Stirnseite spontan und ohne Beschwerden ein kirschgroßer, runder, scharfbegrenzter, roter Flecken, mit normaler etwas eingesunkener Oberfläche, weicher als normal anzufühlen.

Außerdem zeigt der Fall aber noch einige nicht unwesentliche klinische Differenzen: periphere Gefäßzeichnung, peripheres Wachstum, und dürfte deshalb, da eine Biopsie nicht vorgenommen wurde, die Diagnose Lupus erythematodas wahrscheinlicher sein.

Als mindestens ebenso zweifelhaft ist der von ABRAHAM[14] gleichfalls unter dem Namen Atrophodermia (guttata) publizierte Fall anzusehen.

Patient zeigte auf Rücken und Brust weiße, narbenähnlich vertiefte Flecken, außerdem Akneknötchen. Die Flecken sollen spontan entstanden sein.

---

[12] Comptes rendus du XII. Congres Internat. de Medecine, vol. IV, p. 368.
[13] *Derm. Zeitschr.* 1899, S. 245.
[14] *Brit. Journ. of Derm.* 1899. März—Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, S. 557.

Hierbei kann ich mich des Verdachtes nicht erwehren, es möchte sich um Aknenarben handeln, und das um so eher, als in manchen Fällen die nach Akne zurückbleibenden Narben eine täuschende Aehnlichkeit mit Atrophia maculosa cutis zeigen. So behandelte ich vor kurzem einen Herrn mit ausgebreiteter Akne des Rumpfes, der auf Brust und vorderen Achselpartien neben gewöhnlichen Aknenarben linsen- bis erbsgroſse, glänzend weiſse, leicht gefältete, lockere, narbenähnliche Defekte zeigte, die sich mit dem Finger lochförmig in die Haut einpressen lieſsen, und sich nur durch ihre unregelmäſsige Form und Gröſse, ihre asymmetrische Verteilung, den vereinzelten Nachweis eines atrophishen Follikels im Centrum als echte Aknenarben auswiesen.

Eher möchte der Atrophia maculosa cutis folgender Fall beizuzählen sein, den ich bei BESNIER-DOYON[15] notiert finde. Derselbe wurde 1880 von BESNIER gemeinschaftlich mit FOURNIER beobachtet und in einem Moulage fixiert. Leider fehlt eine histologische Analyse:

Bei einem jungen, nicht an Syphilis oder einer anderen Hautaffektion leidenden Offizier konstatierte BESNIER auf Rumpf und Abdomen eine geringe Anzahl rundlicher Flecken von bläulicher Farbe, mit gefältelter Oberhaut, bei Bewegungen sich noch mehr fältelnd, das Corium anscheinend fehlend. Der sehr intelligente und gebildete Patient vermochte über die Art des Entstehens keine nähere Angaben zu machen.

Die genannten vier Fälle, wozu eventuell noch die Beobachtungen von GALEWSKI, MIBELLI (s. u.) und BESNIER stoſsen würden, können wir als eigentliche idiopathische Form der Atrophia maculosa cutis bezeichnen, insofern schon von Anfang an oder nach einem wenig charakteristischen Prodromalstudium (wenn wir die vorausgehenden entzündlichen Erscheinungen darunter zusammenfassen wollen) die Maculae atrophicae das klinische Bild bestimmend in Vordergrund treten. Auſserdem finden wir aber in der Litteratur noch eine Reihe eigenartiger Beobachtungen verzeichnet, wo die Maculae atrophicae morphologisch sich zwar in nichts von den genannten idiopathischen Flecken unterscheiden, wo sie aber eine Folgeerscheinung oder hin und wieder der Ausgangspunkt anderer charakteristischer Affektionen bilden, wo sie also mehr als sekundär-symptomatische Formen zu bezeichnen sind.

Eine ganz eigenartige Beobachtung bringt POSPELOW,[16] die im Verein mit den beiden folgenden Fällen eine besondere Gruppe bilden dürften.

Ein 28jähriger Schreiber litt von Jugend auf an RAYNAUDscher Krankheit und Anfällen von QUINKEschem Ödem, zu dem später noch punktförmige bis linsengroſse Hämorrhagieen (Morbus WERLHOFI) hinzutraten. Auſserdem war bei der Aufnahme die Haut der Vorderarme und Beine mit zahlreichen rundlichen und polycyklischen, scharf umschriebenen, flachen, bläulich lividen Flecken besetzt, die eine gerunzelte,

---

[15] BESNIER-DOYON, trad. à KAPOSI. T. II, S. 247.
[16] *Derm. Zeitschr.* 1899, S. 245.

„zerknittertem Zigarettenpapier" ähnliche Oberfläche zeigten. — Die mikroskopische Analyse ergab neben entzündlicher Infiltration der atrophischen Haut Verminderung und stellenweise völligen Schwund des elastischen Gewebes der Cutis.

Pospelow verlegt im vorliegenden Fall die Ursache der Krankheit in eine angeborene Affektion der Blutbahnen (Raynaudsche Krankheit), verbunden mit einer später aufgetretenen Erschöpfung der Vasomotoren in Folge mangelhafter Lebensverhältnisse und bezeichnet seinen Fall, ihn mit dem von Jadassohn identifizierend, als Purpura atrophicans.

Dieser Fall zeigt manche erhebliche Differenzen in klinischer und in histologischer Beziehung. Anamnese, wie Begleiterscheinungen machen eine primäre allgemeine Erkrankung des Blutgefäßsystems wahrscheinlich, an die sich erst sekundär eine umschriebene Verdünnung und Atrophie der Haut schließt, sodaß es vorsichtiger sein dürfte, diesen Fall bis auf weiteres von unseren früheren Fällen zu sondern, umsomehr, da die atrophischen Maculae direkt aus Purpuraflecken hervorgegangen sind, Blut aber nach den Untersuchungen Unnas ein eigentliches Elastingift zu sein scheint.

Die gleichen Gründe, die gegen eine direkte Angliederung des Pospelowschen Falles an die Atrophia maculosa cutis sprechen, gelten auch für den Fall von Nikolsky,[17] der mit jenem die größte Ähnlichkeit zeigt. Aus der sehr ausführlichen Krankengeschichte hebe ich folgendes als bemerkenswert hervor:

Bei einer 32jährigen, früher stets gesunden Frau begann vor 13 Jahren unter allgemeiner Abmagerung das Gesicht sich zu röten; es traten schmerzlos rote Knötchen auf Brust und Armen auf, die weiße narbenähnliche Flecken hinterließen. Der Vater leidet an idiopathischem multiplem Pigmentsarkom, der Bruder gleich der Patientin an Atrophia maculosa cutis.

Gesicht, Hals, obere Brustpartien, Rücken und Arme (speziell Streckseiten) sind mit stecknadelkopf- bis erbsgroßen, meist einzeln stehenden, doch auch konfluirenden rundlichen oder streifenförmigen, lividroten Flecken bedeckt. Deren Oberfläche ist glänzend, wie mit Kollodium überzogen, eingesunken, aber auch flach erhaben, stärker gefeldert; die Elastizität ist vermindert. Außerdem stecknadelkopfgroße, rote Knötchen, ähnlich Telangiektasien, die nach fünf bis sieben Tagen, zuweilen unter Zurücklassen atrophischer Flecken, spontan wieder schwinden. Die Affektion, streng symmetrisch, zeigt ziemlich genaue Beziehungen zum Nervenverlauf. Hautsensibilität, Sehnen- und Hautreflexe unverändert. Außerdem verzeichnete Nikolski Herzdilatation, Röte, Ödem des Gesichtes, Hyperidrosis, Kopf- und Muskelschmerzen, Parästhesien etc.

Die histologische Untersuchung ergab: Infiltration der Gefäßwände und ihrer Umgebung, Thrombenbildung und Obliteration der Gefäße, schwache Entwicklung des Elastins, Atrophie des Epithels. Hallopeau konnte anläßlich der Demonstration dieses Falles eine deutliche Urticaria factitia kontatieren, sodaß er in Verbindung mit den andern Erscheinungen die Diagnose auf Urticaria stellte.

[17] Comptes rendus du XII. Congres Int. de médecine vol. IV., S. 313.

Nikolsky macht in diesem Fall die atrophischen Flecken ebenfalls von Störungen des Gefäfs- und Nervensystems abhängig, eine Hypothese, die in Anbetracht des eigenartigen Verlaufes manches für sich hat, wenn es auch schwer ist, damit den näheren kausalen Zusammenhang zwischen den einzelnen Erscheinungen festzustellen. Jedenfalls zeigt aber auch dieser Fall so eigenartige Abweichungen von der Atrophia maculosa cutis, dafs wir ihn einstweilen besser davon sondern.

Wohl ebenfalls auf trophoneurotischer Basis zu ruhen scheint mir eine Beobachtung von Hallopeau,[18] die er zwar, von einem anderen Gesichtspunkt aus, als „Urticaire pigmentaire avec macules atrophiques et disposition en trainées transversales" bezeichnet, die aber nach meinem Dafürhalten mit mehr Recht den beiden vorstehenden Fällen anzugliedern ist.

Ein 13jähriges Mädchen litt seit frühester Jugend an recidiv-recidivierenden urtikariellen Plaques, Blasen, mehr oder weniger diffusem Ödem, begleitet von allgemeiner Kongestion der äufseren Haut, Fieberanfällen, heftigem Jucken. Die Schleimhäute blieben frei. Patientin zeigte die makulöse und noduläre Form der Urticaria pigmentosa, wobei die Oberfläche der einzelnen Flecken gefältelt war. War die Konsistenz anfangs vermehrt, so nahmen die Efflorescenzen mit der Rückbildung eine ausgesprochen narbenähnliche Form an, waren bis über linsengrofs, von weifser Färbung, eingesunken oder leicht hervorspringend, scharf begrenzt, kurz, sie boten das typische Bild der Maculae atrophicae.

Leider wurde die histologische Untersuchung nicht auf die elastischen Fasern ausgedehnt. Doch macht die klinische Beschreibung, wie auch die vorzügliche chromolithographische Wiedergabe des Falles die Annahme dafs es sich hier um eine sekundäre Form von Atrophia maculosa cutis im Anschlufs an Urticaria pigmentosa handelt, höchst wahrscheinlich.

Diese drei letzten Fälle bilden eine einheitliche Gruppe einmal insofern, als die fleckige Hautatrophie sich im Anschlufs an Gefäfserkrankungen entwickelt hat, die wir als echte Gefäfsneurosen aufzufassen gewohnt sind, und dann deshalb, als bei ihnen, im Gegensatz zur typischen Atrophia maculosa cutis mit ihrem aus dem allgemeinen Krankheitsbild wenig hervorstechenden erythematösen Initialstadium, das primäre Hautleiden (Purpura, Urticaria) derart in den Vordergrund tritt, dafs die sekundär sich entwickelnden atrophischen Flecke das klinische Bild wohl zu modificieren, aber nicht zu bestimmen, zu charakterisieren vermögen und sich daher mehr als zufällige Begleiterscheinungen ausweisen.

Andererseits aber stellen sich all diese sekundären atrophischen Flecken klinisch und histologisch als unter sich so einheitlich und mit der idiopathischen Atrophia maculosa cutis so übereinstimmend dar, dafs wir wohl

[18] Le Musée de l'hôpital St. Louis, fasc. 49.

berechtigt sind, sie als eine sekundäre Form von Atrophia maculosa cutis aufzufassen.

Eine zweite Kategorie der sekundären Atrophia maculosa cutis bilden diejenigen Flecken, die nach dem Schwinden von Tumoren zurückgeblieben. Ich verstehe darunter natürlich nicht den nach Gewebsnekrose, Geschwürsbildung (wobei mit dem übrigen Gewebe auch das Elastin zu Grunde geht) oder durch wuchernde fremde Gewebsmassen (mag nun hierbei die gewebszerstörende Wirkung maligner Tumoren oder die mehr verdrängende der Atherome, Lipome, Adenome, etc. im Spiele sein) erfolgenden Elastinausfall, wo derselbe also nur eine Teilerscheinung des allgemeinen Gewebschwundes bildet, und eigentliche Narbenbildung vorliegt. Vielmehr bringe ich in diesem Rahmen die im ganzen seltenen Fälle unter, wo die Maculae atrophicae direkt aus der Involution von Tumoren, also ohne Oberflächen-Ulceration hervorgegangen sind, als hervorstechendes Symptom wesentlich zur Charakterisierung des ganzen Krankheitsbildes beitragen und sich in nichts von den Flecken bei idiopathischer Atrophia maculosa cutis unterscheiden. Leider fehlt in den meisten Fällen das histologische Substrat, der mikroskopische Nachweis des umschriebenen Elastinausfalles, sodafs wir uns unter entsprechender Reserve mit dem Nachweis der klinisch-morphologischen Uebereinstimmung der Flecken begnügen müssen.

Bekannt ist der Fall von DE AMICIS, den ich unter der Bezeichnung „Sur un cas très rare de chéloïde spontanée, multiple, observée sur une femme névropathique“ im Bericht des 1. Internat. Dermatologischen Kongresses in Paris 1889[19] aufgeführt finde.

Bei einer 27jährigen Frau mit dem mannigfaltigsten neuropathischen Antecedentien entwickelten sich im Verlaufe der drei letzten Jahre ohne direkten Anlafs eine ungeheure Anzahl (318) von Keloiden über den ganzen Körper. Dieselben involvierten sich zum Teil und hinterliefsen sehr oberflächlich gelegene, narbenähnliche Flecken, die den Autor ganz an die sogenannten atrophischen Narben nicht ulcerierter syphilitischer Knötchen erinnerten. Am Rücken waren sie symmetrisch angeordnet, von länglicher Form etc.

Noch charakteristischer vielleicht ist ein aus der LASSARschen Klinik stammende Fall von PLONSKI[20] mit multipler Fibromatosis, wo atrophische Flecken, lockere Hauttaschen bildend, nach Involution der bindegewebigen Tumoren zurückblieben.

35jährige Frau, bei der vor fünf Jahren über Rumpf und Extremitäten zerstreut eine grofse Anzahl roter, später abblassender kleiner Tumoren auftraten, welche unter Bildung von flachen Erhabenheiten zurückgingen und den Eindruck einer zusammengefallenen Blase machten. Daran war aber nicht nur die Epidermis, sondern die ganze Haut beteiligt, gewissermafsen kleine Hauttaschen bildend, über denen die Haut normale Farbe, aber starke Runzelung zeigte.

---

[19] *Comptes rendus.* 1890, S. 93.
[20] *Derm. Zeitschr.* 1897, S. 420.

Leider spricht sich die mikroskopische Analyse über das Verhalten der elastischen Fasern nicht aus. Auch die Tumoren selbst wurden, wie es scheint, daraufhin nicht untersucht, sodafs es bei der grofsen klinischen und histologischen Ähnlichkeit der multiplen Fibromatosis mit multipler Keloidbildung (beide lassen sich oft nur durch das Fehlen = Keloid oder Vorhandensein = Fibrom von elastischen Fasern histologisch differenzieren) dahingestellt bleiben mufs, ob es sich hier wirklich um ein Fibroma (molluscum) oder gleich dem erwähnten Fall von DE AMICIS, um Keloidbildung handelt. Für unsere spezielle Betrachtung ist übrigens die Art des primären Leidens ziemlich belanglos: es handelt sich eben um sekundär auftretende, atrophische Flecken, von charakteristischem Aussehen, die gleich den noch zu besprechenden eigenartigen Fällen von JADASSOHN, von SCHWENINGER und BUZZI dem ganzen Krankheitsbild ein so eigenes Gepräge verliehen, dafs LASSAR bei Besichtigung des früher erwähnten Falles von NIKOLSKY in Moskau[21] denselben mit dem von PLONSKY in Parallele stellte.

Einen wie mir scheint dem vorigen ähnlichen Fall konnte ich vor Jahren an der UNNAschen Klinik beobachten.

Die Affektion betraf ein cirka 20jähriges Mädchen, dessen Hautdecke neben allgemein diffus gelblicher Verfärbung von Gesicht und Rumpf, untermischt mit zahlreichen hell- bis dunkelbraunen Flecken kleine, weiche, Mollusca pendula-ähnliche Gebilde aufwies; aufserdem eine ganze Anzahl bis ein Markstück grofse sehnigweifse, leicht erhabene Flecken, besonders auf dem Rücken, bei denen der Finger wie durch eine Bruchpforte in die Subcutis eindringen konnte.

Handelte es sich in obigen Fällen um — leider nur klinisch sicher gestellte — Beobachtungen von sekundärer Hautatrophie nach Involution bindegewebiger Neubildungen, so giebt es Fälle, deren Genese und Diagnose zwar bis anhin den verschiedenartigsten Deutungen unterlagen, die aber bei der Annahme, dafs es sich hier umgekehrt um primäre elastinfreie atrophische Flecken mit sekundärer Tumorbildung handelte, eine befriedigende und gleichartige Erklärung finden. Wir könnten diese Fälle Atrophia maculosa cutis mit sekundärer Geschwulstbildung benennen.

In erster Linie ist hier eine von JADASSOHN im *Stereoskopischen Medizinischen Atlas*[22] unter der Bezeichnung „Ein Fall von multiplen Keloiden mit narbenähnlichen Atrophien" veröffentlichte Beobachtung anzuführen:

Patient, ein 23jähriger Mann, zeigte auf dem Rücken, der Streckseite beider Vorderarme und in der Kreuzgegend echte Keloide, daneben über die Haut des Rumpfes, speziell des ganzen Rückens und der oberen Brustpartien symmetrisch verteilt eine grofse Anzahl bis linsengrofser, weifser Flecken, die, den Spaltungslinien

[21] l. c. S. 522.
[22] Bd. XIV, Taf. 157.

der Haut entsprechend angeordnet, meist länglich-ovale Form aufwiesen. Die Epidermis darüber war leicht gefältelt, die Haut selbst fühlte sich weicher an. Aufserdem fanden sich Kombinationen dieser narbenähnlichen Flecken mit den Tumoren in der Art, dafs ein Teil der ersteren in die Tumorbildung umgewandelt erschien. — Die histologische Untersuchung ergab neben entzündlichen Erscheinungen, gröfseren Zellanhäufungen um die Gefäfse einen mehr oder weniger vollständigen Schwund des elastischen Gewebes in einem meist scharf abgegrenzten Bezirk, aufserdem partielle Ausgleichung des Papillarkörpers.

Über die Genese dieser atrophischen Flecken kann man allerdings geteilter Ansicht sein. JADASSOHN bringt sie mit der gleichzeitig bestehenden Akne in Beziehung; er sieht sie als Aknenarben an, aus denen sich dann sekundär die Keloide entwickelten, eine Ansicht, die in der nicht seltenen Beobachtung von Keloidbildung aus Aknenarben (schon ALIBERT und HEBRA berichten über solche Fälle) ihre Stütze findet.

Und doch scheint mir diese Auffassung dem thatsächlichen Verhalten nicht genügend Rechnung zu tragen: Unterscheiden sich doch diese Flecken durch regelmäfsige symmetrische Anordnung, dem Verlaufe der Spaltungslinien folgend, durch gleichmäfsige Form, durch narbenähnliches Aussehen etc. deutlich von den eigentlichen Aknenarben, welche über Rücken, Brust etc. unregelmäfsig verstreut, rundlich bis zackig, eben eine Narbe bilden, die überdies, entsprechend dem Ausgang der Entzündung von einer Follikelmündung, von Follikeln oder deren Überreste zentriert sind, während im vorliegenden Fall „das Verhältnis zu den Follikeln sehr schwer zu eruieren" war, ja, in einzelnen Schnitten die „Narbe" geradezu zwischen zwei Follikel zu liegen kam.

Und gleich verhält es sich mit dem mikroskopischen Befund, der statt der Bildung einer an Stelle des Follikels mehr oder weniger tief sitzenden Narbe mit sehr unregelmäfsigem und unvollständigem Elastinschwund alle Zeichen einer Atrophia maculosa cutis ergab.

So stehe ich denn nicht an, auf Grund dieser klinischen und histologischen Momente die narbenähnlichen Efflorescenzen, in diesem Falle als eigenartige, der Atrophia maculosa cutis entsprechende Flecken zu erklären, die wohl mit dem Keloiden-, nicht aber mit dem Akneprozefs, der mehr zufälliger Natur ist, in kausalem Konnex stehen. Dafs dem wirklich so ist, beweist, abgesehen von gleicher symmetrischer Lokalisation, Verbreitung etc. vor allem die Kombination beider Formen, des Keloids und der narbenähnlichen Atrophie, gleichzeitig an ein und derselben Efflorescenz, wie sie JADASSOHN konstatieren konnte.

Schwieriger gestaltet sich die Entscheidung der Frage: hat sich das Keloid erst auf dem Boden des atrophischen Fleckens entwickelt, oder ist letzterer als Folgeerscheinung nach Involution des Keloids aufzufassen?

Die Darstellung des Krankheitsbildes giebt uns weder für die eine, noch für die andere dieser beiden Möglichkeiten sichere Anhaltspunkte.

JADASSOHN selbst nimmt die sekundäre Entwicklung der Keloide aus diesen Flecken an, eine Annahme, für welche auch die relative Kleinheit (Stecknadelkopf- bis Linsengröfse) der atrophischen Flecken gegenüber den Keloiden, deren genaue Gröfse allerdings nicht angegeben ist, spricht.

Wie die atrophischen Flecken im vorliegenden Falle entstanden, ob ihnen entzündliche Erscheinungen vorangegangen sind, läfst sich ebenfalls nicht mit voller Sicherheit angeben. Patient wufste von den Flecken überhaupt nichts. Doch ist die Annahme gleichzeitiger oder kurz vorangehender Entzündungsvorgänge durch den histologischen Nachweis gröfserer Zellanhäufung um die Gefäfse nahe gelegt.

Ganz gleichartig lautet die Beschreibung eines von SCHWIMMER[23] beobachteten Falles:

Bei einem 17jährigen kräftigen Mädchen entwickelte sich kurz nach Ablauf eines Masernexanthems neuerdings ein umschriebener Fleckenausschlag, der an einzelnen Stellen zu Keloidbildung führte. Aufser typischen Keloidknoten in grofser Zahl (150) und Ausdehnung, die an den seitlichen Brustpartien dem Verlauf der Rippen entsprechend gelagert waren, fanden sich auf der Haut des Nackens, des Bauches und der von der Keloiderkrankung freien Hautfläche des Stammes zahlreiche weifse, zerstreut stehende, flache, einer Narbenbildung ähnliche glänzende Flecken.

Eine spezielle Untersuchnng auf das Verhalten der elastischen Fasern wurde leider nicht vorgenommen; doch geht aus der obigen, im Auszug wiedergegebenen Beschreibung hervor, dafs es sich wohl auch hier um einen Fall von Atrophia maculosa cutis (nach Masern) handeln dürfte, woran sekundär Keloidbildung sich anschlofs.

Diese Deutung findet durch den folgenden Fall mit seinen mehrfachen Abweichungen, speziell in histologischer Beziehung, eine Stütze.

Derselbe wurde von SCHWENINGER und BUZZI unter der deskriptiven Bezeichnung „Multiple benigne geschwulstartige Bildung der Haut“ im *Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten*[24] niedergelegt.

Schon die Abbildung zeigt eine auffallende Ähnlichkeit mit dem eben beschriebenen Fall, besonders wenn man die erst in Entwicklung begriffenen kleinen Tumoren berücksichtigt. Beim Studium der Krankengeschichte gewinnt man dann allerdings den Eindruck „multipler gutartiger geschwulstartiger Bildungen“ unbestimmten Charakters.

Bei der 29jährigen, sonst vollständig gesunden Patientin trat die Affektion zuerst vor acht Jahren oben am Rücken in Form kleiner, weifser, flacher Erhabenheiten auf, die sich stetig nach unten zwischen die Schulterblätter, auf Oberarme und Brust, zuletzt auch nach oben auf das Kinn verbreiteten. An „geheilten“ Stellen sah man runde (Brust) oder länglich ovale (Seiten des Thorax), in der Spaltungsrichtung der Haut liegende weifsbläuliche Flecken, mit erweiterten Follikelmündungen, hier und da

[23] *Vierteljahrschr. f Dermatologie u. Syphilis.* 1880, S. 234.
[24] Heft V, Tafel 15 (1891).

Gefäßektasien, auch deutliche Einsenkungen zeigend, seltener hervorragend, einer verwelkten Blase ähnlich. Beim Anspannen der Haut gleicht sich die runzlige Oberfläche vollständig aus; auch läßt sie sich in die Tiefe der Haut einpressen, ähnlich einem kleinen Nabelbruch.

Wenn ich nach der Beschreibung diesen Fall mit meinem eigenen ersten vergleiche, so finde ich, wenn ich von der Entwicklung der Flecken aus flachen Tumoren absehe, im wesentlichen nur quantitative Differenzen: der Flecken, der hier mit einer verwelkten, der Haut breit aufsitzenden Blase, die sich hernienartig eindrücken läßt, verglichen wird, wurde in meinem Fall als lockere, in Fältchen gelegte, über der Unterlage leicht verschiebbare Epidermis, über welcher der Finger wie in ein Loch einsinkt, geschildert. Auch das mikroskopische Bild erinnert trotz mancher Abweichungen an das charakteristische Aussehen der Atrophia maculosa cutis: umschriebener, fast gänzlicher Schwund des elastischen Gewebes, entzündliche Erscheinungen um die Gefäße, allerdings nur in den Gebieten, wo das elastische Gewebe fehlt. Daneben wurde aber noch eine Vermehrung der elastischen Fasern an den Grenzpartien, sowie Endothel- und Gefäßsprossung, Talgdrüsenhypertrophie konstatiert. — Die beiden Autoren fassen den Ausfall des elastischen Gewebes (allerdings wollen sie ihn durch Retraktion der bindegewebigen Umgebung und sekundäre Zerreißung ähnlich wie bei Striae entstanden wissen), als primäre Veränderung auf, durch welche das statische Gleichgewicht in einer Weise gestört worden sei, daß die Wachstumsenergie der einzelnen Gewebselemente nach Maßgabe ihrer individuellen Leistungsfähigkeit die Möglichkeit fand, sich unbehindert zu entfalten, jedoch nur bis zu dem Punkte, wo die Gleichgewichtsstörung wieder ausgeglichen war. In diesem Sinne wären also die Wachstumserscheinungen von Seite der Gefäße, Haarbälge etc. durchaus als sekundärer Natur aufzufassen.

Über die Ursache der Retraktion des elastischen Gewebes selbst äußern sich die Autoren nicht, zumal sie sich die Gefäßinfiltration anders, als sekundär entstanden denken, während ich, wie in den früher besprochenen Fällen, beide Erscheinungen, Gefäßinfiltration und Elastinschwund, auf ein und dieselbe Noxe hämatogenen Ursprungs zurückführen möchte. Ist es aber zu einem Elastindefekt gekommen, so kann der daraus resultierende Flecken zwei Ausgänge zeigen: 1. entweder kann es damit sein Bewenden haben; wir haben das typische Bild der Atrophia maculosa cutis vor uns, oder es schließt sich in Folge Wegfalls eines Wachstumshindernisses des elastischen Gewebes unter günstigen Umständen eine sekundäre Wucherung des Gewebes daran an; hierbei kann eine einseitige Wucherung der kollagenen Gewebsbestandteile allein (die Fälle von Jadassohn und Schwimmer mit multipler Keloidbildung) oder sämtlicher Gewebsbestandteile (Bindegewebe, Drüsen etc.) wie im Falle von Schweninger-Buzzi in Frage

kommen. In der Folge kann dann die hyperplastische Gewebswucherung zuweilen so intensiv werden, dafs dadurch die benachbarten intakten Gewebspartien mechanisch auf die Seite gedrängt werden. Die übrigens mäfsige Ansammlung von elastischen Fasern in den Grenzpartien im Schweninger-Buzzischen Falle scheint für diese Annahme zu sprechen. Wir müfsten also in dieser letzteren sehr komplizierten Geschwulstform zwei Arten von Elastinschwund unterscheiden: einen primären reellen durch Schwund und Auflösung, einen sekundären scheinbaren durch Verdrängung der elastischen Fasern.

Verführerisch nahe liegt es, die Hypothese einer sekundären Gewebswucherung bedingt durch Fortfall eines Wachstumhindernisses, des Elastins, auf die Genese sämtlicher Fälle multipler idiopathischer Keloidbildung, ja vielleicht auf die der Keloide überhaupt, auszudehnen. Wissen wir doch, dafs gegenüber ähnlich beschaffenen Geschwulstbildungen (Fibromen, Elephantiasis) der Elastinmangel bei Keloiden, echten wie falschen, ein Hauptcharakteristikum bildet, sowie dafs derselbe nicht sekundär, etwa erst durch Druckwirkung infolge Einlagerung kollagenen Gewebes entstanden sein kann, andernfalls das Intaktbleiben des Elastins in den unter den gleichen mechanischen Bedingungen stehenden Fibromen nicht erklärlich wäre. Mag der Verlust der elastischen Fasern nun durch ein äufseres Trauma (Verletzung und sekundäre Granulationsbildung) oder durch eine endogene Noxe verursacht worden sein, so sind in jedem Fall auch hier zwei Ausgänge möglich: 1. der Elastinersatz erfolgt, mehr oder weniger rasch: es resultiert die gewöhnliche glatte Narbe, wie z. B. nach Impfung; oder 2. die Restitution des elastischen Gewebes bleibt aus, es kommt zu einer Störung des statischen Gleichgewichtes zwischen den einzelnen Gewebselementen. Bleibt trotzdem, vielleicht durch ungünstige Ernährungsverhältnisse bedingt, eine sekundäre Gewebswucherung aus, so resultiert der „atrophische Fleck"; andernfalls schliefst sich eine sekundäre Wucherung, speziell des Bindegewebes, direkt an „bis zum Ausgleich der Gleichgewichtsstörung"; begünstigt vielleicht durch Wachstumsreize bekannter (z. B. Einlagerung von Fremdkörpern bei sog. hypertrophischen Narben) oder unbekannter Natur (Fälle von multiplem Spontankeloid).

So gut nun diese Hypothese mit dem histologischen Thatbestand bei der Bildung gewöhnlicher Narben sich in Einklang bringen läfst, um so viel schwerer ist der Beweis zu führen bei Keloidbildung aus inneren Ursachen, dem sog. Spontankeloid, da hier, einerseits wegen der Seltenheit dieser Fälle überhaupt, andererseits wegen der Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen, die sich der Beobachtung leicht entziehen, der Nachweis des supponierten vorangehenden oder mindestens gleichzeitig erfolgenden umschriebenen Elastinschwundes vielleicht nur durch besondere Gunst des Zufalls gelingt.

Immerhin finde ich in der Litteratur eine Beobachtung von Herschmann:[25] **Leukoatrophies cutanées et cheloïdes consécutives à des syphilides**, welche diese Auffassung zu bestätigen scheint:

Bei einer 31jährigen, der Tuberkulose verdächtigen Frau, die gleichzeitig sekundäre und tertiäre syphilitische Erscheinungen bot, blieben nach Abheilung der Syphilide teils charakteristisch atrophische Flecke zurück, teils gingen daraus Keloide hervor.

Obwohl — wir werden später noch kurz darauf zurückkommen — bei den Maculae atrophicae syphilitischen Ursprungs nur eine Verdrängung, kein eigentlicher Schwund der elastischen Fasern stattfindet, ist es hier doch in den also entstandenen „leeren Flecken" de facto „Fortfall eines Wachstumshindernisses" gekommen: stellenweise tritt hierauf, anscheinend durch Reizmomente veranlafst, die von lokalen Bedingungen abhängig sind, Keloidbildung hinzu:

Es erübrigt noch die Besprechung einer Gruppe eigenartig atrophischer Flecke, wie sie direkt oder indirekt im Anschluß an gewisse Infektionskrankheiten, speziell nach Syphilis, beobachtet werden. Eine kritische Beurteilung dieser Fälle auf ihre Zugehörigkeit zu unserer Affektion oder nicht ist um so schwieriger, als auch bei Syphilis unter dem Sammelnamen Maculae atrophicae oder synonymen Bezeichnungen die verschiedensten narbenartigen Efflorescenzen beschrieben und mit einander identifiziert worden sind. In weitaus den meisten Fällen wurde die hierbei ausschlaggebende mikroskopische Untersuchung nicht oder nur unvollständig, ohne Berücksichtigung des elastischen Gewebes, ausgeführt. Erschwert wird die Beurteilung dieser Fälle aufserdem dadurch, daß histogenetisch so differente Prozesse, wie eigentlicher Schwund des Elastins und mechanische Verdrängung desselben klinisch übereinstimmende Bilder ergeben, also erst durch die mikroskopische Analyse sich unterscheiden lassen. Wir müßten also in den meisten Fällen auf die Beantwortung der Frage: handelt es sich hier um echte atrophische Flecke mit wirklichem Elastinverlust oder nur um durch Verdrängung des Elastins entstandene Pseudoatrophien? verzichten, wenn es nicht durch vergleichende Zusammenstellung der einzelnen Fälle gelänge, kritische Sichtung und einige Anhaltspunkte sich zu schaffen.

Gemäfs unserer Definition der Atrophia maculosa cutis müssen wir vorerst alle Fälle von nur vorübergehenden Elastinschwund, wie er z. B. nach Involution syphilitischer Efflorescenzen während einiger Wochen bis Monaten zu konstatieren ist, als nicht zugehörig ausscheiden.

Wie ferner die Untersuchungen von Passarge[26] ergeben haben, handelt es sich bei Syphiliden oft nur um einen scheinbaren Untergang der elastischen Fasern, indem selbe für kurze Zeit ihre Färbbarkeit verlieren können. —

---

[25] *Annales de Dermat.* 1899, S. 1070.
[26] *Dermat. Studien* 1894.

Ebensowenig dürfen natürlich die nach Resorption syphilitischer Infiltrate (speziell Gummata) zurückbleibenden narbenähnlichen Defekte hierher gezählt werden, da selbe auf einer allgemeinen Atrophie der Haut, nicht des Elastins allein, beruhen.

So blieben denn nur die im ganzen nicht so seltenen Beobachtungen zu berücksichtigen, wo es sich um mit den idiopathischen Maculae atrophicae vollständig übereinstimmende Flecke handelt, wie sie meist nach Rückgang sekundär syphilitischer Efflorescenzen, doch auch spontan entstanden, angetroffen und insbesondere von französischen Autoren unter allen möglichen Bezeichnungen beschrieben wurden.

Und doch handelt es sich nach den Untersuchungen speziell von Danlos, Darier und Oppenheimer auch in diesen Fällen nicht um einen eigentlichen Schwund der elastischen Fasern, sondern um eine Verdrängung derselben: gleichwie bei den Striae gravidarum zeigen die elastischen Fasern nur hier nur eine andere mehr periphere Lagerung, sind auseinander gedrängt, zerrissen. Da nun dieser Befund bei allen daraufhin ausgeführten Untersuchungen (die abweichende Beobachtung von Mibelli gehört nicht hierher s. u.) übereinstimmend gemacht wurde, sind wir, allerdings mit einiger Reserve, berechtigt, auch die anderen Fälle von Maculae atrophicae nach Syphilis, über welche kein histologischer Bericht vorliegt, einstweilen diesen Pseudoatrophien anzugliedern.

Wilson[27] ist, obwohl er keine Biopsie vorgenommen, der erste, der auf diese Genese der Maculae atrophicae bei Syphilis aufmerksam machte, indem er in seinen Fällen das mechanische Moment in den Vordergrund stellte und annahm, dafs die elastischen Fasern durch ein Gewebe angesammelter Zellgewebsmassen ausgespannt, parallel gelagert, sogar zerrissen würden. — Es folgte 20 Jahre später Nivet,[28] dann besonders Balzer und Reblaub mit neuem kasuistischen Material, wobei letztere ohne ihre Annahmen durch mikroskopische Untersuchungen stützen zu können, das mechanische Moment bei der Entstehung der Maculae atrophicae auch auf nicht spezifische Atrophien ausdehnten. Vasilin schlofs sich den Ansichten seines Lehrers Balzer rückhaltlos an; positive Beweise brachte er aber ebensowenig. Erst im Jahre 1891 legt Oppenheimer[29] aus der Wolffschen Klinik das erste histologische Beweismaterial vor, dann 1897 Danlos[30] für diese Lehre in der *Société française de Dermatologie* in Paris. In der hierauf folgenden Diskussion wurde von Darier und Thibierge die Richtigkeit des Danlosschen Befundes auf Grund eigener mikroskopischer Untersuchungen bestätigt. Hiernach handelt

[27] *Annales de Dermat.* 1869, S. 141, nach *Journ. of cut. med.* 1867.
[28] *Annales de Dermat.* 1887, S. 641.
[29] *Archiv f. Dermat.* 1891, S. 861.
[30] *Annales de Dermat.* 1897, S. 562.

es sich also um eine Verlagerung der elastischen Fasern bei vollständigem Erhaltenbleiben derselben, um eine Pseudoatrophie, die mit der eigentlichen Atrophia maculosa cutis nichts als das klinische Bild gemein hat.

Eine Ausnahme hiervon scheint die jüngst in dieser Zeitschrift publizierte Beobachtung von MIBELLI[31] „Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker" zu bilden. Man wird beim Studium dieses sehr eingehend beschriebenen Falles (dessen auch nur auszugsweise Wiedergabe ich mir hier ersparen kann) sich gestehen müssen, dafs derselbe wie im klinischen, so auch im mikroskopischen Bild mit der Atrophia maculosa cutis fast völlige Übereinstimmung zeigt: keine Verdrängung, sondern ein eigentlicher, von der Cutis ausgehender Schwund des elastischen Gewebes, speziell um die perivasalen und periglandulären Infiltrationsherde. Dünnste Elastinfäserchen konnten zwar in den rarefizierten Herden noch nachgewiesen werden, was zum Teil durch die angewandte Färbungsmethode bedingt sein mag. (Eosin-Natronlauge bringt, wie ich mich selbst an Kontrolversuchen überzeugen konnte, mehr Elastinreste als die gewöhnliche Orceinmethode zum Nachweis). Dafs MIBELLI nie das Auftreten eines makulösen oder papulösen Vorstadiums konstatieren konnte, ist bei einem unter so minimal entzündlichen Erscheinungen ohne die geringsten subjektiven Beschwerden einhergehenden Prozefs unschwer erklärlich.

Mufs ich mich MIBELLI darin vollständig anschliefsen, dafs es sich in seinem Fall um echte Maculae atrophicae mit schwach entzündlichen Erscheinungen und folgendem Elastinschwund handelt, so kann ich ihm darin nicht weiter Heerfolge leisten, wenn er die Flecke in Beziehung zur vorausgegangenen Syphilis setzt. Er geht sogar soweit, dieselben direkt auf syphilitische Gefäfserkrankungen, auf fortbestehende Reizerscheinungen in einzelnen isolierten Bezirken des Hautgefäfsnetzes zurückzuführen, von denen der Schwund des elastischen Gewebes ausgegangen, und dessen Regeneration dann durch „unbekannte" Faktoren im Nervensystem verhindert worden sei. Auf Grund dieser Hypothese bezeichnet MIBELLI seinen Fall als ein Neurosyphilid im Sinne UNNAS.

Gegen diese Auffassung spricht aber vor allem das histologische Untersuchungsergebnis. Endothelvänderungen der Gefäfse sind bei Syphiliden ganz konstant (ja sogar bei parasyphilitischen Erkrankungen, bei Paraplegie, Tabes wurden solche schon gefunden); um so eher sollten wir unter der Voraussetzung einer von den Gefäfsen ausgehenden syphilitischen Erkrankung sie hier erwarten. Die Gefäfsendothelien wurden aber normal befunden. Als histologische Kennzeichen für Neurosyphilide bezeichnet UNNA ferner primäre zellige Hyperplasie, Verdickung der Gefäfswandungen, Hypertrophie und Neubildung kollagener Zwischensubstanz

[31] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 30, S. 410.

in der Umgebung der Gefäfse, Symptome, deren Fehlen MIBELLI durch die Annahme, dafs es sich in seinem Fall um ein schon in Rückbildung begriffenen Prozefs handle, zu erklären sucht. Belege für diese supponierte regressive Metamorphose sind aber, vom Elastinschwund abgesehen, von MIBELLI nicht erbracht worden.

Ich halte daher die Ansicht von MIBELLI, es handle sich hier um ein Neurosyphilid, nicht nur für unerwiesen, sondern gehe noch weiter und spreche den atrophischen Flecken in seinem Fall überhaupt alle Beziehungen zu der vorausgegangenen, bezw. noch bestehenden Syphilis ab. Das Fehlen spezifischer Gefäfsveränderungen, der Umstand, dafs wie wir gesehen, die Maculae atrophicae nach Syphilis ganz andere Erscheinungen: Verdrängung, nicht Verlust des Elastins, aufzuweisen, legen mir diese Annahme nahe. Ich möchte daher diesen Fall als eine echte Atrophia maculosa cutis, die mit der bestehenden Syphilis nur als einer zufälligen Komplikation in Beziehung steht, aufgefafst wissen.

In der Litteratur findet sich bei den verschiedenartigsten Affektionen noch eine Reihe Beobachtungen von Maculae atrophicae angeführt, die, sei es durch ihr klinisches Bild oder auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als nicht hierher gehörig zu betrachten sind, sei es wegen ungenügender Angaben einer Beurteilung sich überhaupt entziehen.

So lassen die Fällen von TAYLOR[32] und LIVEING[33] bei näherer Prüfung die Diagnose atrophisches Stadium der Sclerodermie als naheliegend erscheinen. Ich habe gegenwärtig einen analogen Fall in Behandlung, wo es bei einer Dame im Anschlufs an doppelseitige Sclerodactylie zur Atrophie der Haut der rechten Hand gekommen. Die Haut wurde lockerer, auffallend dünn, faltbar, trocken, cigarettenpapierähnlich, die Venen traten als blaurote Stränge stark hervor. — Die Beobachtung von OHMANN-DUMESNIL[34] zeigt wohl Atrophie mit Elastinschwund, ist aber nach ihm als trophoneurotische Störung im Anschlufs an Verbrennung aufzufassen, ähnlich den sogenannten Striae atrophicae neuroticae, wie sie z. B. von WILSON,[35] KOLACZEK u. a. nach Verletzung des Nervus supraorbitalis, frontalis etc. beschrieben worden. Den bekannten Fall von PELLIZARI,[36] Eritema atroficante, läfst, der abweichenden klinischen Erscheinungen im Verlauf etc. ungerechnet, schon das Erhaltenbleiben der elastischen Fasern (wenigstens berichtet PELLIZARI nichts Gegenteiliges) als nicht dazu gehörig erscheinen, ein Schicksal, das er mit einem Fall

---

[32] *Vierteljahrsschr. f. Dermat.* 1876, S. 620.
[33] ibidem. 1878. S. 468.
[34] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 12, S. 509.
[35] l. c.
[36] *Giorn ital. delle malattie d. pelle.* 1894, S. 280.

von Balzer und Reblaub,[37] wo im Anschlufs an ein Erythema multiforme atrophische Flecken auftraten, teilt. Leider sind die Angaben von Wilson[38] über fünf Fälle idiopathischer Striae atrophicae, die er sämtlich bei jungen Frauen mit „geringer Lebensenergie" beobachtete, zu unvollständig, als dafs trotz manch übereinstimmender Daten auf deren Zusammengehörigkeit zur Atrophia maculosa cutis geschlossen werden könnte. Ganz aufser den Kreis unserer Betrachtung fallen die mehr oder weniger diffusen Formen von Atrophia cutis, wie sie z. B. von Buchwald, Toutof, Pospelow, Kaposi u. a. m. beschrieben worden.

So ergiebt sich denn aus dieser Betrachtung, dafs, wenn wir an unserer Definition der Atrophia maculosa cutis als einer „chronisch verlaufenden, unter minimal entzündlichen Erscheinungen zu umschriebenem Schwund des elastischen Gewebes führenden Erkrankung der Cutis und der Papillarschicht" festhalten, trotz der im ganzen häufigen Beobachtungen von sogenannter Atrophia maculosa cutis der Kreis der typischen Fälle sehr eng umschrieben ist. So stellen die bei Syphilis auftretenden Maculae atrophicae zwar das Hauptkontingent zur Gesamtzahl der Fälle, müssen aber trotz klinischer Kongruenz aus histologischen Gründen abgesondert werden.

Aufserdem haben wir eine kleinere Anzahl von Fällen kennen gelernt, die morphologisch mit der idiopathischen Atrophia maculosa cutis wohl vollständig übereinstimmen, zum einen Teil aber als mehr zufällige Folgeerscheinungen anderer das klinische Bild beherrschender Allgemein- oder Lokalaffektionen aufzufassen waren, zum andern Teil in der Folge selbst Veränderungen eingingen, die dem Bilde der Atrophia maculosa cutis fremd sind.

Daneben liegt eine weitere Anzahl von Beobachtungen vor, deren Klassifizierung wegen Unvollständigkeit der Beschreibung nicht oder nur mit der gröfsten Reserve möglich ist.

Wir haben demnach zu unterscheiden:

1. eine idiopathische Form von Atrophia maculosa cutis, zu der ich neben den Beobachtungen von Thibierge, Jadassohn und meinen beiden eigenen noch die Fälle von Galewski, Mibelli, vielleicht auch die von Besnier zählen möchte;
2. sekundäre Formen von Atrophia maculosa cutis im Anschlufs an
   a) Gefäfserkrankungen (Pospelow, Nikolsky, Hallopeau);
   b) Tumoren, speziell bindegewebiger Natur (de Amicis, Plonsky);

---

[37] l. c.
[38] idem. 1869, S. 141.

Fig. 1.

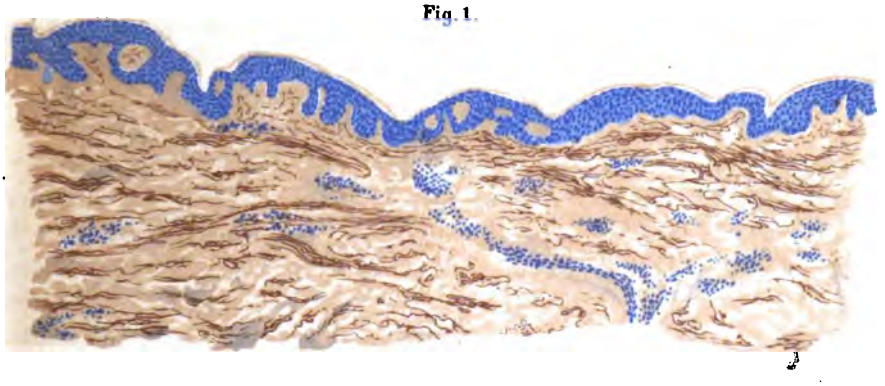
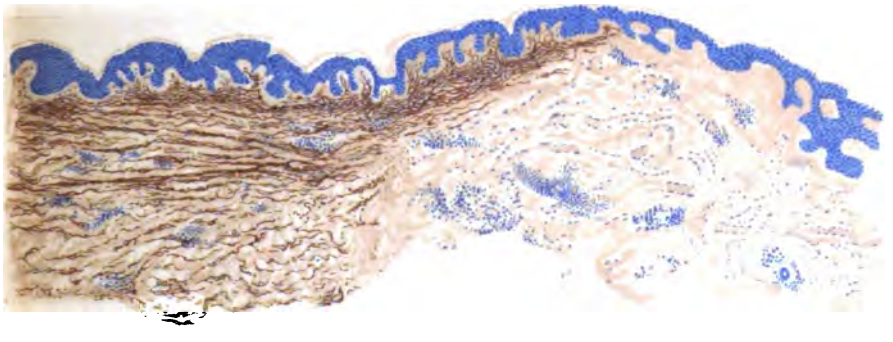


Fig 2.



Heuss: Atrophia maculosa cutis.

L. Schröter del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (Dornbusch 4).

3. mit nachfolgender Geschwulstbildung, speziell Keloiden (JADASSOHN, SCHWIMMER, SCHWENINGER und BUZZI).

Und nun noch einige Worte über Namengebung und Einteilung der Affektion. Mit Recht betont JADASSOHN, dafs die Bezeichnung Atrophie für eine Affektion, bei der es sich um den Verlust nur eines Gewebsbestandteils handelt, ungeeignet und unrichtig ist, da wir unter der Bezeichnung Atrophie gewöhnlich solche Organveränderungen verstehen, bei denen es sich um Abnahme aller Gewebsbestandteile handelt. Den Vorschlag KROMAYERS, solche Fälle von Atrophie, denen der Schwund nur einzelner Gewebsbestandteile zu Grunde liegt, als Pseudoatrophien oder degenerative Atrophien zu bezeichne, halte ich für inopportun, da diese Benennungen einesteils zu Mifsverständnissen führen können (zumal es sich doch um eine eigentliche Atrophie wenn auch nur eines Gewebsbestandteiles handelt) andererseits diese Bezeichnung richtiger den eigentlichen Pseudoatrophien, wo es sich also z. B. nur um Verdrängungserscheinungen handelt, wie den Striae gravidarum und den Maculae atrophicae der Syphilitischen — die wir ja von der Atrophia maculosa cutis getrennt wissen wollen — zukommt.

Der von JADASSOHN in Vorschlag gebrachte Name Anetodermia ist nur insofern besser, als er ein hervorstechendes Symptom der Affektion in Lockerheit beim Anfühlen zum Ausdruck bringt. Da diese Eigenschaft aber ebensowohl durch den Schwund des elastischen Gewebes, als durch dessen Verdrängung (Striae) allein oder durch eine allgemeine Atrophie der Haut in toto bedingt sein kann, so erscheint mir dieser Name, auch mit Beifügung des Wortes „erythematodes“ nicht ganz glücklich gewählt, sodafs ich trotzdem an der zwar ungenauen, aber in der dermatologischen Nomenklatur sich bereits eingebürgerten Bezeichnung Atrophia maculosa cutis festhalten möchte.

Vollständig getrennt wissen möchte ich die Atrophia maculosa cutis von den Striae gravidarum, da es sich bei diesen nur um einen scheinbaren, bei jener aber um einen wirklichen Verlust des elastischen Gewebes handelt. Aus gleichem Grunde erscheint es dagegen berechtigt, die Atrophia maculosa cutis den analogen ebenfalls auf den Schwund nur eines Gewebsbestandteils beschränkten Atrophien der Haut, z. B. den Pigmentatrophien beizugliedern und derselben ihre Stellung im System anzuweisen als regressive Ernährungsstörung mit minimalen Entzündungserscheinungen und umschriebenem Elastinverlust.

Aus der Praxis.

Ichthargan und Ichthoform.

Von

P. G. Unna.

Im vergangenen Jahre sind in meiner Poliklinik und Privatpraxis über diese beiden neuen Ichthyolpräparate Versuche gemacht worden, über die ich im folgenden zusammenfassend kurz berichten will.

Da bis dahin von den Silberpräparaten gegen Hautleiden eigentlich nur der Höllenstein und dieser nur bei Unterschenkelgeschwüren — meist in Form der alten Argentum nitricum-Perubalsamsalbe — Anwendung gefunden hatte, so lag es am nächsten, diese bekannte Wirkung durch Ichthargan zu ersetzen. Da die Pulverform des Ichthargans die praktischere Puderbehandlung des Geschwürs zuläfst, so wurden einfache Streupuder von Talcum mit 1% und 5% Ichthargan verordnet. Insbesondere liefs sich diese Behandlung mit der cirkulären Zinkleimbinde und dem Zinkleimwatteverband gut verbinden, in derselben Weise etwa wie in frütheren Zeiten die Jodoform- und Dermatoleinpuderung.

Zunächst wurden nur die allergröfsten, ältesten und hartnäckigsten Geschwürsformen für diese Behandlung herangezogen, bei denen bis dahin aufser den bekannten Mitteln starke Abschälungen mit Salicylpflastermullen gebräuchlich waren. Bei diesen Fällen wurde eine aufsergewöhnlich starke, reduzierende und eine befriedigende, desinfizierende Wirkung des Ichthyolsilbers beobachtet. Durch erstere unterscheidet sich dieses Medikament vom Höllenstein, welcher allerdings die Epithelneubildung des Randes auch begünstigt, dann aber durch gleichzeitiges Freiwerden der Salpetersäure die Granulationsbildung befördert und ihre Epithelbewachsung wieder zurückhält. Das Ichthargan begünstigt die Granulationswucherung nicht; es ist ein rein die Epithelneubildung und deren Verhornung beförderndes, spezifisch keratoplastisches Mittel. Die besten Erfolge wurden daher erzielt einerseits bei gereinigten Geschwüren, deren Epithelneubildung aus irgend welchen Gründen zögert, andererseits bei sehr alten, harten Geschwüren mit epithelunterwachsenen, kallösen, unverschieblichen Rändern, wenn gleichzeitig für eine Abschälung des verhornten Epithels durch Bedeckung mit Salicyl-Creosot- oder Salicyl-Cannabis-Pflastermull gesorgt wird. Endlich ist auch der Ichtharganpuder allein für sich ein mächtiges Adstringens bei schlechten, schlaffen, ödematösen oder hämorrhagischen Granulationen.

Die keratoplastische und desinfizierende Eigenschaft des Ichthargans fordert zu Versuchen beim Ekzem, speziell dem Ekzem der Kinderköpfe auf, zu welchen in diesem Jahre geschritten werden soll. —

Obwohl alle meine früheren Versuche gescheitert waren, die desinfizierende und härtende Eigenschaft des Formalins in den Dienst der Ekzembehandlung zu stellen, weil das Formalin in jeder Form auf wunden Stellen nicht bloſs schmerzt, sondern reizt, so ging ich doch mit neuen Hoffnungen an die Kombination des Formalins mit Ichthyol heran, da in dieser Verbindung die reizenden Eigenschaften des ersteren abgeschwächt sind und — wie die guten Erfolge des Ichthoforms als Darmadstringens zeigen — demselben offenbar eine starke adstringierende Wirkung zukommt.

Die erste Serie von Versuchen wurde mit einer einfachen 1%igen Ichthoform-Vaselinsalbe beim Eccema capitis infantum gemacht. Dieselbe fiel nicht befriedigend aus. Die Salbe wirkte nur reinigend und desinfizierend, aber ebenso stark reizend wie alle früheren Formalinpräparate und war daher für die Ekzembehandlung unbrauchbar. Es wurde darauf eine zweite Serie angefangen, in welcher das Ichthoform in der Stärke von 1% einer Zinkoxyd-Kieselgurpaste einverleibt wurde in der Absicht, die reizende Wirkung auf die ekzematöse Haut durch den Zusatz abzuschwächen und die desinfizierende und adstringierende somit allein zur Wirkung kommen zu lassen. Die Resultate dieser zweiten Serie waren ungleich bessere. Um ein gut bekanntes Objekt zum Vergleiche zu haben, wurde bei denselben Patienten stets die Zinkoxyd-Schwefel-Kieselgurpaste neben der Zinkoxyd-Ichthoform-Kieselgurpaste angewendet, teils zu verschiedenen Zeiten, teils auf verschiedenen Körperstellen, sogar symmetrisch gleichzeitig auf beiden Kopfhälften. Auf diese Weise war die Frage in jedem Falle bald entschieden, ob überhaupt eine gute Wirkung vorliege und ob sie besser oder weniger gut als die der Zinkschwefelpaste ausgefallen sei. Das Resultat dieser durch einige Monate an einer groſsen Reihe von Ekzemen durchgeführten Enquete war das folgende: Bei allen nässenden, diffus ausgebreiteten, stark entzündeten Ekzemflächen brachte die Zinkpaste mit Schwefel rascher Abtrocknung und definitive Heilung herbei als die mit Ichthoform; in der Mehrzahl der Fälle kam unter letzteren überhaupt keine definitive Heilung zu stande, wenn die Flächen auch abtrockneten und sich reinigten. Dieses Resultat war bei Kopfekzemen der Kinder ebenso deutlich wie bei den Ekzemen der Hände und Extremitäten Erwachsener. Auch die trockenen Ekzeme Erwachsener von einfach papulöser und papulo-vesikulöser Form und seborrhoischem Typus, sowie die zierlichen seborrhoischen Ekzeme petaloider und circumcidierter Form reagierten auf Zinkschwefelpaste besser und rascher. Dagegen gewann die Zinkichthoformpaste einen entschiedenen Vorsprung sowohl in

Bezug auf Schnelligkeit wie Vollständigkeit der Heilung bei den in ganz umschriebenen, papulo-vesikulösen Herden auftretenden, bei den rein pityriasiformen und bei den psoriasiformen Ekzemen seborrhoischen Ursprungs, also gerade bei denjenigen, wo die Zinkschwefelpaste gewöhnlich zu schwach wirkt und meistens durch Chrysarobinpräparate ersetzt oder verstärkt wird. Die Zinkichthoformpaste kann also beispielsweise unter solchen Verhältnissen an Händen und Gesicht auch für Chrysarobinpräparate eintreten. Im Grunde genommen liegt hier dieselbe Erfahrung vor, wie ich sie im letzten Jahre mit dem Paraformkollodium machte, welches bei den ganz indolenten, unentzündlichen, trockenen, pityriasiformen seborrhoischen Ekzemen fast ebenso gut, wenn auch nicht ebenso rasch wirkt wie bei den Saprophytien der Haut (Pityriasis versicolor, Erythrasma), aber bei allen entzündlichen Formen derselben Natur den Heilungsvorgang nur aufhält.

Es scheint mithin, dafs wir im Ichthoform dasjenige Formalinpräparat besitzen, welches (durch die Ichthyolverbindung) genügend gemildert ist, um auf der für alle Formalinpräparate sehr empfindlichen Haut die anerkannten Vorzüge jener zu entfalten, ihre Desinfektionskraft und ihr Härtungsvermögen. Da das letztere sich an der Haut stets in einer Nekrotisierung der oberen Hornschicht äufsert, so kann auch das Ichthoform nur bei solchen Affektionen zur Verwendung gelangen, welche eine solche Schälung vertragen, ja, zur raschen Heilung sogar erfordern.

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur Dermatologie und Syphilis.

Festschrift gewidmet Herrn Hofrat Dr. Neumann.

(Franz, Deuticke, Leipzig und Wien 1900.)

Als stattlicher Band von über 1000 Seiten, geziert mit einem trefflichen Bilde des Gefeierten und zahlreichen Tafeln, liegt die von Ehrmann, Finger, Löwenbach, Matzenauer und Rille herausgegebene Festschrift vor. Sie enthält folgende Arbeiten:

Neue klinische Beobachtungen über Tinea versicolor, von Charles W. Allen. Die neuen Beobachtungen Allens betreffen das Auftreten von Pityriasis versicolor an unbekleideten Körperstellen, wie an den Hohlhänden, im Gesicht. Ferner erwähnt Verfasser die elektive Färbung der Flecke durch Jodtinktur, besonders brauchbar bei der Differentialdiagnose gegen Chloasmen, Syphilide etc. Einen seltenen Fall von Pityriasis nigra finden wir zum Schlufs geschildert; der Nacken des jungen Mannes war mit fast kohlschwarzen Flecken bedeckt, die erst durch eine energische Chrysarobinschmierkur beseitigt wurden.

Papillome neurotico-zosteriforme bilaterale der Unterextremitäten, von DE AMICIS. Die 60jährige bis dahin gesunde Patientin sah nach einer zirka vierwöchentlichen fieberhaften Erkrankung allmählich an ihren Unterextremitäten Wucherungen entstehen, die im Bereiche des Nervus ischiaticus etabliert waren. Es handelte sich um papillomatöse Plaques von Erbsengröfse bis zu 20 cm Durchmesser und etwa 1 cm Höhe, die vor allem auf dem Fufsrücken und an den Sprunggelenken safsen, aber, wie bemerkt, an den Beinen hinauf und am Gesäfs sich ebenfalls fanden; sie waren weich, elastisch, verursachten viel Schmerzen und hatten teils eine warzige, hornige Oberfläche, die von tiefen Furchen durchzogen war, teils war diese Oberfläche macerirt und sonderte fötiden Eiter ab. Da jegliche gewerbliche Ursache oder sonstige äufsere Schädigung fehlte, auch die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich nicht um Tuberculosis verrucosa handelt, so erklärte DE AMICIS die Papillome für neuropathisch.

Prädisposition und Diathese beim Ekzem, von E. BESNIER. Während viele Menschen auf einen äufseren chronischen Hautreiz mit einer einfachen Dermatitis reagieren, die nach Aufhören des Reizes rasch schwindet, bekommen andere, oft schon nach ganz geringfügigen Reizen ein Ekzem: die Epidermodermitis geht nicht zurück, sie breitet sich vielmehr aus, die Mikrobien treten in Thätigkeit, toxische Elemente dringen in die Lymphspalten: die Ekzematisation ist da. Diese Diathese zum Ekzem findet man vor allem bei solchen Individuen, deren Eltern selbst an Ekzem gelitten haben; sodann findet man sie bei solchen, deren Eltern zwar nicht an Ekzem, aber an anderen chronischen Hautaffektionen gelitten haben, wie Urticaria, Prurigo, Psoriasis. Endlich findet man sie bei Leuten, die eine gewisse Empfindlichkeit der Haut haben, die viel an Pharyngitis, gastrischen, hepatischen, renalen Störungen etc. leiden, an lymphatischen Individuen, kurz an solchen, die (nach HOUCHAD) an Ernährungserkrankungen leiden. Hierher gehört nach BAZIN vor allem die gichtische Diathese und der Herpetismus, endlich der scrophulöse Habitus.

Histologischer Befund einer neuen (framboesiformen) Varietät des Erythema exsudativum, von A. BREDA. Der früher vom Verfasser veröffentlichte Fall betraf eine Bauersfrau, bei welcher innerhalb weniger Stunden unter Fiebererscheinungen rote Flecken, ohne Spannungsgefühl und Jucken auftraten; nach 12—14 Stunden wurde die Oberhaut abgehoben, es zeigten sich kleine Bläschen, von klarem Inhalt, nach deren Platzen sich eine konvexe, glänzende, rotgelbliche Oberfläche, wie eine Erdbeere zeigte. Verfasser schildert den histologischen Befund, der eine Erweiterung der Lymph- und Blutgefäfse zeigt; bedeutende perivasculäre Infiltration besteht im Derma; die Papillen sind serös durchtränkt; in diesen Papillen fehlt die perivasale Leukocyteneinlagerung, ebenso ist Bindegewebe und elastisches Gewebe normal, wenig Karyokinesen.

Methylenblau gegen Ekzem, von L. BROCQ. Bei gewissen Ekzemformen, besonders in Gelenkbeugen und Hautfalten, kommt man oft mit den gangbaren Mitteln nicht zum Ziel; von diesen empfiehlt Verfasser am meisten Höllenstein und „Baume du Commandeur", ein von VIDAL empfohlenes Präparat. Sodann hat er Versuche mit Methylenblau gemacht, das er teils als Bäder, teils als Umschläge angewendet hat, und zwar je nach der Heftigkeit der Entzündung in Stärken von 1:25 bis 1:1000. Die stärkeren Lösungen verursachen oft starke Schmerzen und machen auch gelegentlich Vergiftungserscheinungen; besonders ist es gut brauchbar bei stark nässenden, rebellischen Ekzemen, gewissermafsen um die Oberhaut umzustimmen, während es bei chronischen, wenig entzündlichen Ekzemen weniger wirksam ist.

Schutzprodukte einiger Drüsen und deren direkte und indirekte Wirkung auf die Haut, von R. CAMPANA. Verfasser hat mit Hülfe einiger jüngerer Kollegen Versuche an Tieren und an Menschen, welche an Myxödem, trophischen Pigmentstörungen, Hodenexstirpation etc. litten, angestellt, um den Einfluſs festzustellen, den der Ausfall der Hoden, der Nebennieren, der Thyreoidea auf das Nervensystem ausübt, zu studieren. Bei Erkrankung der Nebennieren findet er eine Störung des Widerstandes der Gefäſswände, mangelhafte Ausscheidung der Kohlensäure, bei Hodenerkrankungen findet er die Menschen weniger widerstandsfähig gegen Geschlechtskrankheiten.

Zur Frühbehandlung der Syphilis, von CASPARY. Verfasser schildert im Anschluſs an die Mitteilungen der Autoren die Punkte, die für und gegen eine Frühbehandlung der Syphilis sprechen und kommt unter Anführung von Krankengeschichten aus seiner reichen und langjährigen Erfahrung zu dem Schluſs, daſs im allgemeinen die Frühbehandlung der Syphilis zu verwerfen sei, da sie keine besseren Resultate liefere, als die nach Ausbruch der sekundären Symptome einsetzende, und es vor allem auf die Sicherung der Diagnose ankomme. In gewissen Fällen, die in der Art der Erkrankung oder in den sozialen Verhältnissen der Erkrankten ihre Begründung finden, müsse man allerdings von diesem Grundsatz abgehen.

Zur Klinik des syphilitischen Milztumors, von CHAMAÏDES. Verfasser stellte Beobachtungen über die Häufigkeit der akuten Splenitis im Ausbruchstadium der Syphilis an GLÜCKS Klinik an; von 14 Kranken mit recenter Lues fand sich bei zweien die Milz palpabel, von 14 wegen Syphilisrecidiv Behandelten boten 8 einen palpablen Milztumor; Verfasser schlieſst daraus, daſs die Milzschwellung bei weitem häufiger ist, als im allgemeinen angenommen wird, daſs sie aber vorläufig wegen der Unsicherheit der Percussionsergebnisse zur Diagnose resp. Prognosestellung noch nicht verwendet werden kann.

Zur Kenntnis der sogenannten Holzphlegmone, von CHIARI. Unter Holzphlegmone versteht man nach RECLUS eine meist am Halse sitzende derbe, holzartige Phlegmone, die, bis auf einen Fall, der an Glottisödem starb, meist langsam in Heilung übergeht. Verfasser beobachtete einen ähnlichen Fall bei einer 50jährigen Frau, wo sich im Verlaufe von Monaten, ohne Schmerzhaftigkeit und Fieber unter dem horizontalen Unterkieferast beginnend, eine Phlegmone der ganzen Hals- und Brustgegend entwickelt hatte, die nicht zur Vereiterung kam, so daſs die Diagnose zwischen Dermatitis chronica und Infiltratio sarcomatosa schwankte. Schlieſslich griff der Prozeſs auf das Mediastinum über und einer hinzutretenden Pleuritis erlag die Patientin; die mikroskopische Untersuchung ergab chronische Entzündung von Haut und subcutanem Fettgewebe, und an Bakterien einen GRAMbeständigen Streptococcus.

Ein Fall von Pancreatitis luetica, von CHRZELITZER. Der seit zwei Jahren luetisch infizierte Patient hatte auſser einem ausgebreiteten syphilitischen Exanthem starke Schmerzen im Leib, ein Tumor zwischen Nabel und Schwertfortsatz war zu fühlen, es bestand Ikterus, Heiſshunger abwechselnd mit Ekel vor den Speisen, gesteigertes Durstgefühl, vermehrte Harnmenge; im Stuhlgang Muskelfasern und Fetttröpfen, im Urin Eiweiſs, Zucker und Indican; die Diagnose wurde auf Leber- und und Pankreaslues gestellt; unter kombinierter Behandlung mit Schmierkur und α-Eigonnatrium genaſs Patient.

Beitrag zum Studium der Trichomykosis palmellina Pick, von COLOMBINI. Verfasser hat einen Fall der zuerst von PICK genauer als Trichomykosis palmellina beschriebenen Erkrankung der Haare genau beobachtet und die Pilze mikroskopisch und kulturell exakt geprüft und durch Impfungen an Tier und Mensch die Spezifizität der gefundenen Kokken festgestellt. Differentialdiagnostisch kommt

die in Kolumbia heimische Piedra in Betracht, die aber nicht mit Vorliebe in den Achselhaaren, sondern in den Haaren des Kopfes und Bartes zur Beobachtung kommt. Verfasser fand die Trichomykosis palmellina bei etwa 5% aller von ihm daraufhin untersuchten Patienten.

Ein amerikanischer Fall von Mycetoma pedis; eine neue Strahlenpilzart, von E. Delbanco. Verfasser hatte Gelegenheit, in Unnas Laboratorium die Präparate nachzuuntersuchen, welche von einem im Jahre 1896 von Hyde und Senn in Amerika veröffentlichten und als Madurafufs diagnostizierten Falle stammen. Verfasser findet eine neue Strahlenpilzart: das vereiternde Granulom durchsetzt von Pilzmassen, die sich von Actinomyces und genauer untersuchten Fällen des indischen Madurafufses unterscheiden. Nach aufsen findet sich eine transparente Kapsel, nach innen von der Kapsel tritt ein feines Hyphenwerk zu Tage, die übrigen Teile des Fungus sind weniger differenziert, in manchen Färbungen fast homogen. Der Fungus ist fetthaltig; Verfasser geht dann weiter auf die Frage des Fettgehaltes der niederen Pilze ein. — Um den Fungus sind Riesenzellen gelagert, sowohl um tote, als um unversehrte Massen, als Zeichen der lebhaften Reaktion des Gewebes gegen den Eindringling. Im Granulationsgewebe um die Pilzmassen finden sich grofse Mengen freien und in Zellen eingeschlossenen Hyalins.

Zur vergleichenden Anatomie der Lichenoide und der Lichenformen, von S. Ehrmann. Der Lichen planus ist charakterisiert durch Bildung von kompakten Hornschildchen, Verdickung der Keratohyalinschicht, spärliche Einwanderung der Leukocyten in die Epidermis; daraus folgt die plattenförmige Elevation, die milchigblafsrote Färbung, das mattglitzernde Aussehen. Der Lichen scrofulosorum zeigt eine Verdickung der Hornschicht, eine Lockerung derselben und Durchfeuchtung mit hämoglobinhaltigem Serum und Degeneration der Keratohyalinschicht; daraus folgt die bräunliche Färbung der Schuppen. Der Lichen syphiliticus ist charakterisiert durch die Bildung von Abscefschen in der Epidermis, die mit dem zerfallenden Infiltrate an der Spitze der Papillen kommunizieren und von einem aus eingetrockneten Leukocyten bestehenden Krüstchen gedeckt sind. Die Syphilislichenoide charakterisieren sich durch gleichzeitiges Vorhandensein makulöser und papulöser gröfserer Efflorescenzen, Bildung eines nicht zerfallenden Infiltrats entlang den Haarbälgen.

Irisveränderungen bei Xeroderma pigmentosum, von Elschnig. Bei der Untersuchung einer an Xeroderma pigmentosum leidenden 89jährigen Patientin fand Verfasser am Auge rechts an der Augenlidhaut die charakteristischen Veränderungen, chronische Conjunctivitis, Narben am Hornhautrande; die wichtigste Veränderung betraf die Iris; die Pupillen sind eng, reagieren normal, der Pupillarrand ist frei; die Irisfläche des linken Auges ist scheckig, der Pupillarteil ist braun und normal, der Ciliarteil erscheint hellgrauweifs, mit hanfkorn- bis stecknadelkopfgrofsen dunkelbraun pigmentierten Flecken; zwischen diesen Flecken ist das Irisstroma wie eingesunken; am rechten Auge ist der äufsere untere Quadrant der Iris normal, der übrige Ciliarteil wie links verändert. Der ophthalmoskopische Befund ist normal.

Zur Immunität der Schweifsdrüsen gegen Eiterkokken, von Finger. Während durch frühere Untersuchungen festgestellt schien, dafs bei Infektionskrankheiten deren Erreger auf dem Blutwege in die Schweifsdrüsen gelangen und durch das Sekret dieser Drüsen, den Schweifs, ausgeschieden werden, hatte Unna den Schweifsdrüsen eine besondere Immunität gegenüber den Eiterkokken vindiziert. Verfasser konnte nun einen Fall von Pyämie, der zur Sektion kam, mikroskopisch untersuchen, und konnte daraus direkt erweisen, dafs Eiterkokken aus den Kapillaren der Schweifsdrüsen in das Innere der Drüsenacini gelangen können, und von da aus zur Ausscheidung kommen, wenn ihre Menge und Virulenz eine so geringe ist, dafs sie die

Drüse in Entzündung versetzen; dann gelangen eine grofse Menge von Kokken in die Drüse, so erkrankt dieselbe, das Epithel wird nekrotisch, sie vereitert und damit ist ihre Funktion auch aufgehoben. Jedenfalls betrachtet Verfasser als erwiesen, daſs die Immunität der Schweiſsdrüsen gegen Eiterkokken nicht besteht.

Das Jodalbacid und seine Verwendbarkeit in der Syphilistherapie, von L. Geyer. Aus den Versuchen Geyers geht hervor, daſs das Jodalbacid ein gut brauchbares Präparat ist; dafür ist es allerdings ganz enorm teuer. An Jodersch einungen finden wir: leichte katarrhalische Reizungen, Schnupfen, Heiserkeit, leichte Akne; nach längerem Gebrauch erzeugte es Exantheme in Gestalt von erythematösen Ringen an den Streckseiten der Arme und Finger.

Zur Kenntnis der Kehlkopfsyphilis, von Glück und Kohler. Schon früher hatte Glück auf die häufige Beteiligung des Kehlkopfes bei allen Formen der Syphilis im bosnischen Okkupationsgebiete aufmerksam gemacht; die jetzige Statistik umfaſst 1058 Syphilitische, von denen 235 (22,2%) Larynxveränderungen gezeigt hatten. Als Ursache dieser Erscheinung betrachtet er die vielen Schädlichkeiten, denen sich die Bevölkerung aussetzt (Rauchen, Erkältungen etc.), sodann das späte Einsetzen einer rationellen Behandlung, sodaſs die Larynxsyphilis Gelegenheit zur ungestörten Entwickelung findet. Der weitere Inhalt der Arbeit umfaſst die Lokalisationen und die Arten der luetischen Erscheinungen.

Die Behandlung der Blennorrhoe mit 20%igem Argonin, von Gronvik. Die 20%ige Argoninlösung stellt eine hellbraune Flüssigkeit von Sirupdicke dar, die sich eben noch, erwärmt, wo sie dünnflüssiger ist, injizieren läſst. Verfasser stellte an Doutrelepont's Klinik Versuche damit an, und glaubt auf Grund der erzielten Erfolge das Verfahren empfehlen zu dürfen, da es reizlos ist und rasch die Gonokokken beseitigt; in die Urethra anterior wurde dreimal täglich, in die U. posterior einmal täglich injiziert.

Die Endoskopie der Harnröhre und Blase als Unterrichtsgegenstand, von Grünfeld. Nach Schilderung der kleinen Anfänge, aus denen Grünfeld die Endoskopie mit emporgearbeitet hat, beschreibt er die neue Abteilung für Endoskopie, die ihm jetzt in der neuen Wiener Poliklinik zur Verfügung gestellt ist, giebt eine Schilderung des Untersuchungszimmers, der Geräte, der Instrumente und der Untersuchungsmethoden.

Beitrag zum Studium verschiedener Arten lokaler Proliferation bei infektiösen Hautkrankheiten, von Hallopeau. Verfasser spricht von der Verbreitung infektiöser Hautkrankheiten im Körper im allgemeinen und beweist, daſs auch Erkrankungen, die auf den ersten Blick als Krankheiten des ganzen Systems erscheinen, wie die Syphilis, immer von örtlichen Lokalisationen ausgehend, neue bakterielle Proliferationen bilden. So bestehen im Primäraffekt immer noch lebende Keime: Beweis: die Recidive in situ und in seiner Umgebung. Die infektiösen Keime, die dem Primäraffekt entstammen, haben eine gröſsere vitale Energie, als die, welche im Organismus verbreitet sind; Beweis: die schweren Ulcerationen um den Primäraffekt. Die tertiären Syphilome umgeben sich mit Knötchen ähnlich denen der Sekundärperiode; das Gift, das sekundär an einer Stelle deponiert ist, scheint eine geringere Wirksamkeit zu haben; ähnliche Beobachtungen kann man an den konzentrischen Ringformen der Lepra machen, ebenso an alten Lichen planus- oder Psoriasisflecken.

Zur Frage über den reflektorischen Einfluſs der chronischen Reizung des Harnblasenhalses auf die Nieren, von Halpern. Verfasser beobachtete an 108 Patienten, die an Empfindlichkeit des Blasenhalses, schmerzhaftem Harndrang etc. infolge von chronischer Blennorrhoe, Excessen in venere, Onanie etc. litten, eine reflektorisch entstandene erbliche Polyurie; sobald die Empfindlichkeit des Blasenhalses, eventuell

auch nur zeitweise durch Aussetzen von Coitus, Ausbleiben der Pollutionen etc., sich besserte, ging die Polyurie zurück.

Über Reinfektion bei Syphilis, von HASLUND. Verfasser bringt einen anscheinend wirklich mal ganz einwandsfreien Fall von syphilitischer Reinfektion. Außer der Fournierschen Forderung, daß die Syphilis beide Male eine primäre Sklerose mit folgender Adenopathie und sekundären Hauterscheinungen bieten muß und daß die beiden Krankheitsanfälle noch durch eine längere Ruhepause getrennt sein müssen, stellt Verfasser noch folgende Postulate als notwendig oder doch wünschenswert auf: persönliche Behandlung durch denselben Arzt und Konfrontation mit den infizierenden Personen; sämtliche Forderungen trafen in HASLUNDS Fall ein, der einen jungen Mann betraf, dessen Syphilis in beiden Fällen ohne Besonderheiten verlief. Das Ruhestadium dauerte in diesem Falle ca. 18 Jahre.

Über idiopathische Hautatrophie, von JULIUS HELLER. Der erste Patient, ein 45jähriger Mann, hatte die Erkrankung seit frühester Jugend, ohne daß sie ihm Beschwerden machte. Befallen waren die rechte Seite des Rumpfes, die Innenseite der Oberschenkel, die Vorderseite der Unterschenkel. Das Aussehen der Haut war das gewöhnliche, öfters beschriebene. Verfasser konnte ein Stück excidieren und mikroskopisch untersuchen, prüfte auch den elektrischen Hautwiderstand etc. etc. Der zweite Patient bemerkte seit drei Jahren am Handrücken eine dunkelblaue Stelle und eine ähnliche am Ellbogen; er hatte allerlei subjektive nervöse Symptome: Schmerzen, Kältegefühl etc. Für diesen Fall hält Verfasser die HUDELOsche Theorie, welche die Hautatrophie als Angioneurose auffaßt, für zutreffend. Für den ersten Fall trifft dagegen, nach den mikroskopischen Untersuchungen HELLERS, die Theorie NEUMANNS, der in der Hautatrophie einen lentescierend atropho-neurotischen Entzündungsprozeß erblickt, nicht zu. Verfasser möchte seinen Fall in die große Gruppe der Naevi, als eine angeborene Entwickelungshemmung, einreihen.

Über die operative Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von HEGGFELD. Zur operativen Behandlung kommen außer den spitzen Kondylomen und der Bartholinitis vor allem die Adnexerkrankungen, bei denen Verfasser gegen frühere Zeiten eine vorsichtigere Indikationsstellung, aber auch ein radikaleres Vorgehen (Totalexstirpation von Uterus und Adnexen) empfiehlt. Als Operation der Wahl kommt die vaginale Methode in Betracht.

Die hereditäre Nasensyphilis der Neugeborenen und Säuglinge, von HOCHSINGER. Verfasser beschreibt eingehend die Symptome der Coryza mit starker Schwellung der Nasenschleimhaut als erstes Symptom, vor Ausbruch des Exanthems, mit dem charakteristischen Schlürfgeräusch, chronischer Verlauf, keine Neigung zur Spontanheilung. Er bespricht dann die Entstehung der Sattelnase, die nicht nur auf Septumperforation, sondern vor allem auf Einschmelzung und Resorption von Knorpel- und Knochenpartien im Naseninnern beruht. Vor allem betont er, daß die Therapie nach gestellter Diagnose sofort und energisch einsetzen muß.

Wirkung des Pilokarpins auf die glatten Hautmuskeln und die Schweißabsonderung, von JACQUET. Verfasser beobachtete nach einer Pilokarpininjektion außer den bekannten Symptomen eine erhöhte Reizbarkeit der glatten Muskulatur, vor allem der Arrectores pilorum, der Mammilla und der Tunica dartos.

Mastdarmblennorrhoe infolge von Incision eines blennorrhoischen Pseudoabscesses, von JADASSOHN. Der Patient machte im Anschluß an eine akute Blennorrhoe eine Spermatocystitis durch, die sich per urethram entleerte. Dann sammelte sich Eiter an der unteren hinteren Fläche der Prostata; es wurde vom Rectum aus incidiert, und nun bildete sich eine Mastdarmblennorrhoe; im rektalen Eiter ließen sich noch drei Monate nach der Operation Gonokokken nachweisen.

Ein Fall von Jododerma tuberculosum, von Jesionek. Der Patient, der schon häufiger Jodkalium ohne irgend welche Störungen genommen hatte, erkrankte jetzt nach gar nicht besonders grofsen Dosen an einem erheblichen Ausschlag des Gesichts, bestehend in grofsen Blasen, die platzten und einen geschwulstartig vortretenden papulösen Grund zeigten, von dem eitrig-sanguinolentes Sekret quillt, aufserdem fanden sich Pusteln und teigig-ödematöse Massen. Am Gaumen fanden sich Geschwüre mit nekrotischen Massen und geschwollene Schleimhaut, Epithelialtrübungen und geplatzte Blasen. Ein Versuch mit nochmaliger Darreichung von Jodkalium bestätigte die Ätiologie der Erkrankung. Heilung erfolgte in zwölf Tagen. Verfasser schildert dann den mikroskopischen Befund und spricht dann über die Pathogenese der Jodakne bezw. des Jododerma pustulo-tuberculosum.

Über Naevocarcinome, von M. Joseph. Der 26jährige Patient hatte seit früher Jugend am Nacken eine schwarze Warze, die allmählich wuchs und trotz häufiger Ätzungen mit dem Höllensteinstift immer gröfser wurde; Verfasser diagnostizierte eine bösartige Geschwulst, die dann samt den benachbarten geschwollenen Lymphdrüsen exstirpiert wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um ein Carcinom von teils alveolärem, teils plexiformem Bau handelte.

Kurze Bemerkung über zwei Fälle von Syphilis d'emblée ohne Initialsklerose, von Jullien. Ein Operateur und sein Assistent verletzten sich beim Nähen der Operationswunde einer syphilitischen Patientin erheblich mit der Nadel am rechten Zeigefinger. Die Wunden heilten zunächst glatt, allein nach 26, bezw. 30 Tagen erkrankten beide mit heftigem Fieber und zugleich erschien eine konfluierende Roseola, der weitere syphilitische Symptome folgten. Verfasser sieht die Ursache des stürmischen Verlaufs der Erkrankung in der direkten Einimpfung in das Blut, mit Umgehung des Lymphgefäfssystems und der schützenden Lymphdrüsenbarrière.

Über die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungskur, von Kreis. Verfasser hat eine ganze Reihe von Versuchen angestellt, unter welchen Bedingungen und Temperaturen eine ausgiebige Verdunstung des Quecksilbers aus Salben stattfindet, ob die Verdunstung aus Salben eine gröfsere ist, als aus reinem metallischem Quecksilber, und wie sich die verschiedenen im Handel vorkommenden Salben verhalten. Er kommt zu dem Schlufs, dafs nach den gewonnenen Resultaten das verdunstende Quecksilber einen wesentlichen Heilfaktor bildet, und dafs die Einreibungskur so ausgeführt werden mufs, dafs sie eine Einatmungskur sei.

Zur Statistik der tertiären Syphilis, von V. Lion. Verfasser hat das grofse Material der Breslauer Klinik statistisch auf das Vorkommen des Tertiarismus verarbeitet; er findet bei klinischen Patienten in 7,4 %, bei Neissers Privatpatienten in über 20 % der Fälle tertiäre Symptome; auffallend grofs war nach seinen Erhebungen die Zahl der garnicht oder ungenügend mit Quecksilber behandelten Patienten unter den Tertiärsyphilitischen, dies giebt Gelegenheit auf die guten Resultate der bis ins vierte Jahr fortgesetzten chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis nach Fournier-Neisser hinzuweisen.

Die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiode der Syphilis, von Lochte und Thost. Der erste von Lochte verfafste Teil der Arbeit befast sich mit den Untersuchungen, die er mit Thost gemeinsam an 300 syphilitischen Patienten des alten Hamburger Krankenhauses gemacht hat und mit der statistischen Verwertung der gefundenen Resultate. Gegenstand der Untersuchung waren Nase, Nasenrachenraum und Pharynx, Kehlkopf und Epiglottis. Der zweite von Thost verfafste Teil umgreift die klinischen Symptome, die schädlich wirkenden Momente (Alkohol, Tabak, feuchtes Klima), die Therapie.

Über eigentümliche Krystalle (von Ammonium-Magnesium-Phosphat) im Urethralsekrete, von H. Lohb. Verfasser sah aus zähschleimigem, glasigem Harnröhrensekret, das man ruhig auf dem Objektträger eintrocknen liefs, sehr häufig schöne Krystalle nach Art von Tannenzweigen oder Eisblumen auskrystallisieren, welche er für phosphorsaure Ammoniak-Magnesia hält.

Über spitze Kondylome der Lippen- und Mundschleimhaut, von Löwenbach. Eine 30jährige Tagelöhnerin hatte an der buccalen Seite der Unterlippe eine halberbsengrofse Geschwulst vom Habitus der Condylomata accuminata. Exstirpation verweigert.

Bei einem 23jährigen Manne zeigte sich die Unterlippe rechts und links, die engrenzenden Teile des Mundhöhlenbodens und der Wangenpartien, sowie das Zahnfleisch höckerige, warzig zerklüftete Beschaffenheit; die Geschwülste sind von weicher Konsistenz und haben eine eigentümliche Form von Makrocheilie hervorgebracht; sie bestehen seit 7 Jahren; früher soll auch die Oberlippe ähnlich erkrankt gewesen sein. Operative Entfernung und Heilung; in beiden Fällen liefs sich die Ätiologie nicht eruieren, speziell fehlten Blennorrhoe und Kondylome an den Genitalien.

Zur allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten, von Manassein. Verfasser weist auf die schon vor Jahren von Neumann betonte Aufnahme des Quecksilbers durch die unverletzte Haut, bezw. ihre Drüsenöffnungen, hin und auf die Wichtigkeit, die dies durch seine Untersuchungen bestätigte Faktum auch für die Behandlung anderer Hautkrankheiten mit anderen Mitteln hat.

Impetigo contagiosa, von Matzenauer. Die sehr umfangreiche und sorgfältige Arbeit Matzenauers giebt in ausführlicher Weise das wieder, was er schon auf der Münchener Naturforscherversammlung in einem gleichlautenden Vortrage kurz mitgeteilt hatte. Zuerst kommen geschichtliche Notizen über Impetigo contagiosa, beginnend mit T. Fox, und über das häufig epidemische Auftreten der Erkrankung; häufig hatte man schon früher das Auftreten von circinären Formen beobachtet und beschrieben. Verfasser teilt sodann die an Neumanns Klinik beobachteten Fälle von Impetigo circinata ausführlich mit; vor allem den, dessen Material ihn als Substrat zu dieser Arbeit diente, der eine 36jährige Bäuerin betraf und bei dieser seit vier bis fünf Wochen bestand. Das von der Frau während der Erkrankung geborene Kind erkrankte ebenfalls an Impetigo contagiosa. Verfasser schildert sodann die Impfversuche, die er mit dem Blaseninhalt an der Frau und an sich selbst vornahm, und giebt sodann seine bakteriologischen Untersuchungen bekannt; stets fand er Kokken, deren Kolonien er beschreibt, und die weder in ihrem bakteriologischem Verhalten, noch in ihrer Lage im Gewebe Unterschiede Staphylokokken gegenüber erkennen liefsen. Bei diesen Untersuchungen kommt M. in verschiedene Kontroversen zu Unna, der bekanntlich I. circinata und I. contagiosa für differente Erkrankungen erklärt, auch für beide einen verschiedenen, allerdings sehr ähnlichen Coccus als Urheber gefunden hat; M. kann diesen Unterschied nicht finden, eben so wenig die von Unna hervorgehobene Zweiteilung der Impetigobläschen in ein tiefsitzendes primäres und ein oberflächliches sekundäres Bläschen. Zum Schlufs giebt er eine genaue Definition dessen, was er unter I. contagiosa verstanden wissen will und zur genaueren Unterscheidung eine Gegenüberstellung der differentialdiagnostischen Merkmale der Erkrankungen, die event. mit I. contagiosa verwechselt werden könnten.

Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Matzenauer. Verfasser beschreibt zwei Fälle: Die eine, 39jährige Patientin macht den Eindruck einer Greisin; die Haut an Gesicht und Armen ist mit dichtgedrängten Lentigines bedeckt, dazwischen narbenartig weifsglänzende Stellen; untermischt finden sich namentlich im Gesicht zahlreiche rote Punkte, an der Nase ein haselnufsgrofses Angiom, an der

linken Wange ein nufsgrofses Carcinom; an den Armen zahlreiche warzige Geschwülstchen. Die zweite Patientin, eine 66jährige Frau, hat ebenfalls im Gesicht eine braungescheckte Haut mit zahlreichen Warzen, dazwischen narbige weifse Stellen und zahlreiche Ektasien und Angiome; an Armen und Händen analoge Veränderungen. Beide Patientinnen geben an, in ihrer Jugend blendend weifse Haut gehabt zu haben. Es mufs also das Xeroderma nicht immer in frühester Jugend beginnen, sondern kann auch, bei angeborener Disposition der Haut, erst im späteren Leben durch den Einfluís des direkten Sonnenlichts zu stande kommen. Ein Analogon sieht Verfasser in der von Unna beschriebenen „Seemannshaut".

Kritisches und Eigenes zur Behandlung der Syphilis, von G. J. Müller. Verfasser präzisiert seine Ansicht über Syphilisbehandlung in folgenden Schlufssätzen: Beginn der Allgemeinbehandlung mit Ausbruch der Allgemeinerscheinungen; die beste Methode ist die Inunktionskur. Bei hypodermatischer Einverleibung ist die Wahl löslicher Salze vorzuziehen. Zur Anästhesierung wird Orthoform zugesetzt. Mundpflege mit Menthexol. Das Leitmotiv des ärztlichen Handelns sei Individualisieren; keine Schablone in der Dosengröfse; besser eine ausgedehnte Kur mit mäfsigen Dosen als eine Schnellkur. Nicht alle Symptome machen eine Allgemeinbehandlung notwendig. Es mufs eine Beobachtungsdauer von vier Jahren mit vier Hauptkuren verlangt werden.

Wege der Verteidigung der Haut gegen Autointoxikation, von Nékám. Der Schutz der Haut erfolgt auf Grundlage des Zusammenwirkens zahlreicher Faktoren. Prophylaktisch wird die Infektion verhindert durch die sterile, geschichtete Epidermis, die einen schlechten Nährboden abgiebt und stets abschuppt durch den gewundenen Verlauf der Schweifsdrüsenausführungsgänge, durch den strömenden Schweifs. Hat eine Verletzung der Epidermis stattgefunden, so besorgt die Cutis die Desinfektion mit ihrer vorzüglichen Vaskularisierung, ihren zahlreichen Lymphbahnen, ihrer starken Innervation.

Syphilidologische Beiträge, von Neuhaus. Verfasser teilt folgendes mit:

Bei einem Patienten dauerte die zweite Inkubation (vom Auftritt des Primäraffekts bis zum Ausbruch der sekundären Symptome) 182 Tage.

Über die Toleranz gegen Quecksilber berichtet er, daís ein Mädchen nach zwei Unktionen à $2^1/_2$ g heftige Merkurialerscheinungen bekam, andererseits verrieb ein anderes Mädchen in zehn Tagen 150 g grauer Salbe und ein junger Mann brauchte in zwei Jahren über 1000 g ohne nennenswerte Vergiftungssymptome. In Bezug auf Injektionsbehandlung empfiehlt Verfasser Sublimat und Hydrargyrum salicylicum; bei Anwendung des letzteren sah er einige Male leichte Lungenembolien.

Zur hypodermatischen Jodtherapie luetischer Spätformen, von Nonn. Ausgehend von der Entdeckung des Jods und seiner Empfehlung gegen die Syphilis durch Wallace schildert Verfasser die störenden Nebenwirkungen, die bei innerer Anwendung des Medikaments so oft auftreten und seine Wiederanwendung verbieten. Man versucht darauf subcutane Injektionen, die aber schlecht vertragen wurden und wenig nützten. Erst das in neuerer Zeit durch H. Winternitz in die Therapie eingeführte Jodipin gestattet eine systematische und energische Anwendungsweise hypodermatisch. Verfasser bringt eine Reihe von Krankenberichten, meist schwere tertiäre Formen betreffend, die das Gesagte illustrieren.

Über die Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber Infektionen durch Erkrankungen der Haut und der Harnwege, von Notthafft. Man kann durch künstlich gesetzte Erkrankungen der Haut und der Harnwege die Disposition des Kaninchens für abgeschwächte Pneumokokkenkulturen erhöhen. Für Cystitis und frische Hautentzündung konnte dies nicht nachgewiesen werden. Ein

Zusammenhang zwischen den Blutveränderungen, welche mit der Organschädigung einhergehen, und dem Ausgang der Affektion ist sehr wahrscheinlich. Ein allgemein herrschendes Gesetz über die Beziehung einzelner Blutteile zu der Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit aufzustellen, erlauben uns unsere Versuchsergebnisse nicht.

Fall von hereditären und erworbenen Syphilissymptomen bei demselben Individuum, von Petrini de Galatz. Der Vater des 22jährigen, gesunden Patienten starb 42 Jahre alt, die Mutter lebt und ist gesund, ebenso vier Geschwister. Die Mutter hat nie abortiert. Patient weist die Zeichen leichter sekundärer Syphilis auf. Außerdem finden sich an ihm als Stigmata der hereditären Syphilis multiple Drüsenschwellungen und erhebliche Veränderungen der oberen und unteren Schneide- und Augenzähne. Da Verfasser an eine syphilitische Reinfektion nicht glaubt, auch eine Infektion in frühester Jugend für nicht wahrscheinlich hält, so erklärt er den Fall, wie in der Überschrift angegeben ist.

Über Paraurethritis blennorrhoica, von Pezzoli. Verfasser beschreibt einen Fall von isolierter blennorrhoischer Erkrankung eines parurethralen Ganges, den er durch Exstirpation heilte. Durch eine mikroskopische Untersuchung wurde festgestellt, daß es sich nicht um eine Talgdrüse handelte. Er sieht mit Jadassohn und Jesionek diese Gänge an teils als durch entwickelungsgeschichtliche Anomalien entstandene häutige Blindsäcke, teils als Ausführungsgänge solcher Littréscher Drüsen, die abnormerweise an die Oberfläche gelagert wurden.

Zur Kasuistik der mit Arsen behandelten primären Hautsarkome, von Pospelow. Eine 50jährige gesunde Frau bemerkte einen roten Fleck an der Nasenspitze, der geschwulstartig wucherte und deshalb exstirpiert wurde; bald aber trat ein Rezidiv ein und die vorgenommene Untersuchung ergab Sarkom; die Wucherung war mittlerweile so gewachsen, daß Operationsmöglichkeit ausgeschlossen war; Verfasser gab deshalb innerlich asiatische Pillen, unter deren Gebrauch die Geschwulst schön zurückging; da zwang ein Anfall von Influenza und Herpes zoster zum Aussetzen der Arsentherapie und sofort vergrößerte sich der Tumor wieder. Nach Beendigung dieser Krankheiten ging Patientin in ein wärmeres Klima und nahm Arsen weiter; sie wurde dann vollständig und dauernd geheilt.

Beim zweiten Patienten, einem 25jährigen Ingenieur, handelte es sich um multiple Sarkome des Fußes, die zum Teil exulceriert waren; hier wurde die Heilung durch subcutane Arseninjektionen erzielt.

Urologische Beiträge, von J. Preindlsberger. Drei Fälle von schweren kallösen Strikturen mit Fistelbildung, zwei durch Traumen, einer durch Blennorrhoe hervorgerufen. Da die Strikturen impermeabel sind, wurde im ersten Falle der Mastdarm nach Dittel abgelöst und nun eine Dammfistel angelegt, mit der Patient sehr zufrieden war, da er seine Inkontinenz beseitigt sah. In den beiden anderen Fällen wurde nach vorgenommener Sectio alta der retrograde Katheterismus ausgeführt, ein Patient starb. Sodann hat Verfasser zwei Fälle von angeborener Ectopia vesicae nach Mayde (Implantation der Ureterenmündungen ins Rektum) operiert, beide Male mit tötlichem Ausgange. Endlich berichtet er über ein Blasenpapillom, das nach Sectio alta entfernt wurde; die Diagnose war durch das Cystoskop gestellt.

Beziehung der Dermatitis herpetiformis zu anderen bullösen Ausschlägen, von Ravogli. Verfasser hat einen Fall von Dermatitis herpetiformis lange Zeit unter seiner Beobachtung gehabt und schildert ausführlich den Verlauf mit seinen zahllosen Rückfällen, giebt auch pathologisch-anatomische Befunde an excidierten Hautstücken. Die Krankheit scheint unter mannigfacher Behandlung allmählich zur Besserung zu neigen. Verfasser legt großen Wert auf die allgemeine Körperpflege, auf Diät, Tonica, Mineralwässer (Apenta), ohne irgend ein Medikament von besonders guter Wirkung gefunden zu

haben. Die äufsere Behandlung beschränkt sich auf Bäder und milde, austrocknende Salben. Die Differentialdiagnose gegen Pemphigus und Erythema multiforme wird besprochen.

Die Strepto-syphilis, von RAYMOND. Ebenso wie ein Typhus, eine Diphtherie durch das Hinzutreten einer Streptokokkeninvasion einen schweren Verlauf nehmen, erklärt Verfasser auch die maligne Syphilis als eine Mischinfektion, als eine Strepto-syphilis. Besonders kann man diese gemeinsame Infektion bei Schankern auf der Mandel mit ihrem oft schweren Verlauf beobachten. Ebenso erklärt sich das Auftreten schwerer visceraler Symptome, des Ikterus, der Nephritis, vielleicht aus dieser Symbiose. Verfasser sah auch einmal bei einem alten Syphilitiker nach einem Gesichtserysipel das Auftreten eines schweren tuberkulösen Syphilids im Gesicht.

Bedeutung und Ziele des dermatologischen Unterrichts, Antrittsvorlesung von RILLE. Nach einem Rückblick auf die Entwickelung unserer Fachwissenschaft an der Universität Innsbruck bespricht Verfasser die Bedeutung der Dermatologie, vor allem auch ihren Zusammenhang mit inneren Krankheiten und weist auf die Wichtigkeit des richtigen Erkennens und Heilens der Geschlechtskrankheiten hin.

Beiträge zur Lehre der Mykosis fungoides, von RÓNA. Der erste Patient, ein 50jähriger Mann, litt seit acht Jahren an anfangs erythematösen, später psoriasiformen Ausschlägen, ohne besonders davon zu leiden; es bestanden erhebliche Drüsenschwellungen. Später magerte der Patient ab, es bestand enormes Jucken und an zahlreichen Stellen des Kopfes, der Arme, des Körpers und der Oberschenkel traten flache, nässende Infiltrate auf, die sich allmählich zu ulcerierten Tumoren vergröfserten. Die Arsentherapie war ohne Erfolg. Der Fall lehrt, dafs die Drüsen schon primär in hohem Grade in Mitleidenschaft gezogen sind, dafs die Milz wahrscheinlich am Prozesse teilnimmt, dafs das Blut absolut normal bleibt, dafs die Krankheit sich jahrelang bei gutem Befinden abspielen kann. Der zweite Fall betrifft eine ältere Frau, bei der anfangs Tumoren in der Kniekehle bestanden, während die ekzematösen Läsionen erst vier Jahre später sich zeigten. Auch hier bestand starkes Jucken und auch hier war die Therapie erfolglos.

Die Excision der Sklerose, von ROSENTHAL. Verfasser empfiehlt die Excision des Primäraffektes in allen angängigen Fällen, zunächst weil sie die beste und schnellste Lokaltherapie darstellt, dann aber vor allem, weil durch die Excision, so lange Lymphdrüsen noch nicht geschwollen sind, die Syphilis nach seinen Erfahrungen verhindert werden kann oder gemildert wird. Einen ganz beweiskräftigen Fall beschreibt er: ein seit sieben Wochen verheirateter Mann, der sechs Wochen vor einer Hochzeit zuletzt den aufserehelichen Beischlaf ausgeübt hat, erkrankt an einer Sklerose, die prompt excidiert wird: sekundäre Symptome bleiben aus. Dagegen trat zugleich bei der jungen Ehefrau dieses Mannes eine kleine Erosion der Clitoris auf, es bestand Gravidität; später folgten syphilitische Symptome, mehrfache Rezidive, Geburt einer totfaulen Frucht.

Weitere Beiträge zur Radiotherapie, von SCHIFF und FREUND. Die Verfasser berichten weiter über den von ihnen am anderen Orte beschriebenen Fall von Lupus erythematodes, der durch Röntgenstrahlen geheilt war. In der Folge traten in der Peripherie neue Herde auf, die zwar nach erneuter Bestrahlung auch zurückgingen, doch fielen in der Schläfengegend die Haare aus, und diese Alopecie blieb bestehen. Bei Favus erzielten sie ein Dauerresultat: Nach Epilation durch Röntgenstrahlen blieb ein Patient geheilt. Bei Sykosis sind die Resultate anscheinend auch gut, indes zeigte sich bei einigen Patienten ein Rezidiv einige Wochen später, als die Haare schon längst wieder nachwuchsen.

Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Meralgia paraesthetica, von Schlesinger. Verfasser weist auf die zuerst von Bernhardt, später von anderen und von ihm beschriebenen Parästhesien am Oberschenkel im Bereich des Nervus cutaneus femoris externus hin; meist war ein ätiologisches Moment nicht eruierbar. In einigen Fällen konnte er nun nachweisen, dafs die Krankheit auf uratischer Grundlage entstehe; in anderen Fällen von derartigen Parästhesien, auch im Bereich anderer Hautnerven, lag Lues vor; auch ein Trauma gab in einem Falle die Veranlassung.

Über die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei Urethritis nach Blennorrhoe mit spezieller Berücksichtigung des Kulturverfahrens, von Scholtz. Man findet bei im heiratsfähigen Alter stehenden Männern, die seit Jahren keine akute Blennorrhoe gehabt haben, in ca. 20% der Fälle Urinfilamente; diese enthalten nur in relativ seltenen Fällen Gonokokken, in der Mehrzahl der Fälle beruhen sie auf tiefergehenden Schleimhautveränderungen und sind nur durch eine sehr langwierige spezialärztliche Behandlung zu beseitigen; diese ist praktisch meist nicht durchführbar. Auf Grund wiederholter eingehender Gonokokkenuntersuchung ist dagegen stets eine bestimmte Antwort zu geben, ob der Prozefs infektiös ist und behandelt werden mufs, oder nicht. Das Kulturverfahren ist bei Gonokokkenuntersuchungen dem mikroskopischen Nachweis etwas überlegen, erfordert aber eine gewisse bakteriologische Übung und Erfahrung.

Über Reinfectio syphilitica, von Bernhard Schulze. Verfasser hat drei Fälle beobachtet, die einwandsfrei erscheinen: Im ersten sah Verfasser ein Rezidiv der ersten Infektion und behandelte die zweite, vier Jahre später auftretend. Der zweite wurde wegen einer frischen syphilitischen Affektion mit Allgemeinsymptomen von ihm behandelt; die erste war von einem auswärtigen Kollegen sechs Jahre früher behandelt und sicher gestellt. Im dritten Falle behandelte Verfasser beide fünf Jahre auseinander liegenden Attaquen.

Merkureinreibungen und Merkureinatmungen, von Schuster. Verfasser wiederholt seine bereits auf der Naturforscherversammlung in München vorgetragenen Ansichten, dafs eine Einreibungskur nicht eine Einatmungskur sei; ein grofser Teil des Quecksilbers werde durch die Haut aufgenommen.

Über Phlebitis syphilitica secundaria praecox, von Thibierge. Erst spät wurde die Aufmerksamkeit der Autoren auf die syphilitische Erkrankung der Venen gerichtet: 1881 beschreibt Heubner zuerst ein Gumma in einer Venenwand; später mehrten sich derartige Fälle. Verfasser konnte nun im Frühstadium der Syphilis, einige Wochen nach Ausbruch der Sekundärsymptome eine Affektion peripherer Venen, der Vena saphena, an zwei Patienten beobachten; die Venen erschienen als solide, knotige Stränge, wie bei Thrombose, aber ohne starke Schmerz- und Entzündungserscheinungen. Unter spezifischer Behandlung erfolgte glatte Rückbildung der Stränge; anscheinend stellte sich die Durchgängigkeit der Venen wieder her.

Die Syphilis und der Niedergang des 17. Jahrhunderts, von Tommasoli. In einem geistreichen, geschichtlich-philosophischen Vortrage bringt T. den allgemeinen Niedergang, der sich am Ende des 16. Jahrhunderts auf allen Kulturgebieten bemerkbar machte, nach dem enormen Aufschwung, den Renaissance und Humanismus gebracht hatten, mit dem Auftreten der Syphilis in Zusammenhang. Sie hatte damals etwa den vierten Teil der civilisierten Welt befallen und war und ist wohl im stande psychische Alterationen hervorzurufen.

Zwei Fälle von Sarcoma idiopathicum multiplex, von Török. Der erste Fall, der flache derbe Infiltrate auf den Handrücken aufwies mit stark ausgeprägter Oberhautfelderung ist bemerkenswert durch die warzenartigen, teils bläulichroten, teils

durch Verhornung tropfsteinartiger Hautveränderungen an der Fußsohle. Auch in dem zweiten Falle finden sich in den Handflächen außer kleinen flachen bläulichroten Infiltraten eine gelblichweiße, nußgroße, cylindrische, nicht besonders derbe Geschwulst.

Histologischer Beitrag zum Yemengeschwür (Plaque de Yemen) nebst Bemerkungen über die Begriffsbestimmung und die geographische Verbreitung der „Orientbeulen", von Uhlmann. Verfasser hat zwei Fälle von Orientbeulen aus der Gegend von Suakim histologisch untersucht; es findet sich reichliches Exsudat im Papillarkörper und in den tieferen Schichten des Coriums; auch die Epidermis ist verändert; eigentümliche Bakterien konnte Verfasser nicht finden. Auf einer beigegebenen Karte sind die Gebiete bezeichnet, in denen Orientbeulen endemisch vorkommen. Die Schilderung der Autoren aus den verschiedenen Gegenden ist nicht gleich, was sich wohl ohne Zweifel aus Rasseeigentümlichkeiten, klimatischen Verhältnissen und der verschiedenen Natur des fixen Kontagiums erklärt.

Ein Fall von idiopathischer, diffuser, progressiver Hautatrophie, von P. G. Unna. Verfasser fand als zufälligen Nebenbefund bei einem 50jährigen kräftigen Arbeiter eine seit mehreren Jahren bestehende Atrophie der Haut beider Kniegegenden, die sich allmählich bis zur Mitte beider Oberschenkel ausgebreitet hatte, ohne dem Patienten irgendwelche Beschwerden zu machen. Die Haut macht den Eindruck, als sei sie vom Panniculus befreit, abnorm verdünnt und unelastisch geworden, sie läßt sich leicht in langen Falten aufheben, die sich nur allmählich wieder ausgleichen; das Kapillarnetz schimmert diffus rot, das Venennetz scharf blau gezeichnet durch; beim Stehen bildet sich durch Senkungshyperämie eine blaurot gescheckte Färbung aus. Nervöse Symptome, rheumatische Antecedentien fehlen ebenso, wie in dem gleichartigen, von Buchwald mitgeteilten Falle. Verfasser beschreibt dann die sonstigen in der Litteratur mitgeteilten Fälle unter Hervorhebung der Ähnlichkeiten und der Differenzpunkte und giebt dann einen Versuch, das bisher über Hautatrophien bekannte in Form einer tabellarischen Übersicht zu ordnen. Verfasser giebt sodann eine eingehende Schilderung des histologischen Befundes, welche die Berichte der früheren Autoren zu ergänzen und zu kontrollieren geeignet ist. Nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse kann man erwarten, bei Fällen dieser Art folgende Veränderungen zu finden: Atrophie der Stachelschicht und Schwund des Papillarkörpers; Anschwellung und Homogenisierung des subepithelialen Grenzstreifens der Cutis, vollständigen Schwund des subcutanen Fettes, Trennung der Cutis in zwei Schichten, von denen die obere relativ zur unteren zu groß und mit der Oberhaut in grobe Falten geworfen ist, Schwund des Elastins und der fibrillären Struktur des angeschwollenen Kollagens, sowie der Lymphspalten in der oberen Cutisschicht, unregelmäßigen Schwund des Elastins in der unteren Cutisschicht, Hypertrophie und Hyperplasie der schrägen Cutisspanner, unregelmäßige Erweiterung der Blutkapillaren, Erweiterung der Venen mit starker endophlebitischer Verdickung der Wandungen, Atrophie des Haarfollikel mit ihren Talgdrüsen und Arrektoren, Abwesenheit der als Elacin, Collastin und Collacin bezeichneten Degenerationen, Integrität der Nerven.

Zur Pathologie der Kraurosis vulvae, von v. Weiss. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Kraurosis vulvae: der erste ist noch in den Anfangsstadien befindlich, es besteht kein Juckreiz oder Spannungsschmerz, die Schleimhaut des Vestibulums ist weißlich, trocken und derb, die Nymphen involvieren sich. Im zweiten Falle war es zu starker Vestibularstenose gekommen, es bestand erheblicher Juckreiz, Kohabitation war wegen starker Schmerzen sehr unvollkommen; die Innenseite der weitklaffenden großen Labien war weiß belegt, induriert, pergamentartig, dieselben Veränderungen zeigt die Haut der Clitoris und des Rete der Nymphen. Hier nahm Verfasser die totale Excision der Vulva nach Marvin vor; das Resultat war, was die Kohabitation

behelangt, nicht gut, der Juckreiz war aber verschwunden. Die histologische Untersuchung der excidierten Stücke ergab chronisch-entzündliches Rundzelleninfiltrat der oberen Coriumschicht und Sklerosierung des Corium; Zirkulationsstörungen im Sinne der venösen Stase und atrophische Vorgänge in der Epidermisschicht mit überwiegender Verhornung derselben, Schwund der Papillen, Aufquellung der subpapillären Schicht, Schwund der elastischen Elemente des Corium und der Talgdrüsen.

Einige Worte über die Mercolintschürze, von Wielander. Verfasser bespricht die Einwürfe, die von anderen Autoren gegen seine Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrumsäckchen gemacht sind, und die ebenso gegen die Mercolintschürze erhoben werden können, für ihn ist sichergestellt, dafs hauptsächlich das verdunstende Quecksilber zur Wirkung kommt; er hat nun eine Reihe von Versuchen mit Beiersdorfs Mercolintschürzen angestellt, mit deren Resultaten er gut zufrieden ist.

Über Perinrethritis blennorrhoica, von Waelsch. Verfasser beschreibt vier Fälle von Perinrethritis, die sämtlich von den Patienten auf zu scharfe Injektionen zurückgeführt wurden; der Heilungsverlauf war stets ein guter, teils brachen die Abcesse nach aufsen durch, teils gingen die Infiltrationen zurück. Verfasser empfiehlt als Behandlung nach Aussetzung der Einspritzungen die interne Darreichung von Salosantal und die äufsere Applikation von warmen Itrolumschlägen, Merkurkolloidpflastermull, event. Silberschmierkur nach Credé zur allgemeinen Desinfektion des Gesamtorganismus.

Die Elektrotherapie in der Dermatologie, von Winkler. Die Arbeit enthält einen kurzen zusammenfassenden Überblick über die verschiedenen Anwendungsformen des induzierten und konstanten Stromes, sowie der statischen Elektricität bei Hautkrankheiten.

Über einen Fall von Melanosis lenticularis, von F. J. Pick. Verfasser beschreibt einen jungen kräftigen Soldaten, dessen Haut angeblich von der Geburt an mit zahlreichen Pigmentflecken, hauptsächlich an den bekleideten Körperstellen bedeckt war; subjektive Beschwerden fehlten, ebensowenig soll je Urticaria bestanden haben; es fanden sich kleine rote Flecken mit Gefäfsramifikationen, flache, den Epheliden ähnliche, rotgelbe bis gelbbraune Flecke und endlich scharfumschriebene dunkelbraune bis schwarze, meist flache, stellenweise über das Niveau der Umgebung erhabene Flecke. Über die Ätiologie ist nichts zu berichten. *F. Hahn-Bremen.*

Medizinal-Kalender für das Jahr 1901. (August Hirschwald, Berlin 1901.) Mit militärischer Pünktlichkeit von vielen gewifs mit grofser Freude begrüfst, tritt der „alte Freund" in neuem Gewande wieder vor uns, um uns Rede und Antwort zu stehen über alles, was den Ärztestand betrifft, sei es in persönlicher oder statistischer Beziehung.

Der 1. Teil, das Taschenbuch, zeichnet sich durch grofse Handlichkeit aus und enthält keinen Ballast, sondern nur solche Dinge, die dem Praktiker wirklich unentbehrlich sind. Der 2. Teil besteht aus dem Personalkalender, der sämtliche Ärzte, Militärärzte, Zahnärzte und Apotheker des Deutschen Reiches mit Namen aufführt. Die Ausstattung ist vorzüglich, wie es ja von dem rühmlichst bekannten Verlage nicht anders zu erwarten ist. Wir empfehlen das Werk den Herren Kollegen von ganzem Herzen. *P. Tadeer-Bremen.*

Anleitung zur Zahn- und Mundpflege, von C. Rosse. (Gustav Fischer, Jena 1900.) Die traurige Beobachtung, dafs schon in der Jugend Zahnerkrankungen weitverbreitet sind, hat Veranlassung zu dieser Broschüre gegeben, welche aufklärend wirken soll. Nach einer Schilderung von Zweck und Bau der Zähne werden die Zahn- und Mundkrankheiten und die mittelbaren Ursachen der Zahnverderbnis kurz

beschrieben. Sehr eingehend wird die Zahnpflege erörtert, wobei die Form und Handhabung der Zahnbürste besonders berücksichtigt wird. Als Mundwasser werden Odol und das Millersche empfohlen:

Acid. benzoic.	3,0
Tinct. Ratanhae	15,0
Alcohol.	100,0
Ol. Menth.	0,75

Ds. 1 Theelöffel auf 1 kl. Weinglas Wasser.

Zeitweiliges, nicht häufiges Putzen mit 50—60% Alkohol ist von Nutzen. — Die Aufgaben der zahnärztlichen Behandlung und einige Leitsätze beschliefsen das mit vorzüglichen Abbildungen versehene, sehr empfehlenswerte Büchlein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Venerische und Hautkrankheiten. Draschers Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften, redigiert von Jul. Weiss. (Karl Proschaska, Wien und Leipzig 1900.) Das Buch bringt in lexikalischer Form Einzeldarstellungen der venerischen und Hautkrankheiten. Dieselben sind, wenn auch nicht alle, so doch zum grofsen Teil sehr eingehend und gut und für den Praktiker wohl brauchbar: das ist der den einzelnen Mitarbeitern zu dankende Vorzug des Buches. Die Form des Werkes bringt andererseits an sich schon schwer vermeidbare Übelstände mit sich. Abgesehen von der Ungleichwertigkeit der Artikel hat die Behandlung einzelner in einander übergreifender Themen durch verschiedene Autoren wesentliche Widersprüche zur Folge. Die Syphilis, deren Besprechung einen sehr grofsen Raum einnimmt, wird in ca. 40 einzelnen Artikeln behandelt; die Folge davon ist, dafs die Übersichtlichkeit, Vollständigkeit und Einheitlichkeit der Darstellung in sehr fühlbarer Weise leidet. Das Buch hat aber einen noch viel schwerer wiegenden Fehler: In der „Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften für praktische Ärzte und Spezialärzte" sollten im Bande „venerische und Hautkrankheiten" doch wohl sämtliche venerische und Hautkrankheiten besprochen werden! das ist hier jedoch nicht der Fall. Von den Komplikationen der Blennorrhoe werden nur die blennorrhoische Adenitis, Cowperitis, Epididymitis und Tendovaginitis abgehandelt, der blennorrhoische Gelenkrheumatismus wird bei der Diagnose der Gelenksyphilis nebenbei erwähnt, von allen übrigen Komplikationen der Blennorrhoe ist nichts zu finden. Des Weiteren fehlen Abhandlungen über Furunkel, Karbunkel, Milzbrand, über die Hauthämorrhagien, über Pruritus, über Ulcera cutanea, sowie über eine Anzahl von seltneren Hautkrankheiten. Dagegen finden sich einzelne Artikel, die nicht hierher gehören. Oder zählen Onanie und Psychopathia sexualis etwa zu den venerischen oder zu den Hautkrankheiten? Auch die Abhandlung über Entwickelungsgeschichte, Anatomie, Histologie und Mifsbildungen der Sexualorgane des Mannes gehört streng genommen nicht hierher; und wenn schon die Sexualorgane des Mannes besprochen werden, warum ist dann von den Sexualorganen des Weibes nicht die Rede? — Für Amusement ist durch den Artikel „Dermato-Balneotherapie" gesorgt. Derselbe ist doch wohl nur infolge eines Irrtums hierhergeraten; er pafst seiner ganzen Art nach in den Rahmen der so beliebten Vorträge eines Naturheilkünstlers, nicht aber in den Rahmen eines ernst zu nehmenden medizinischen Werkes. *Göts-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein vereinzelt dastehender Fall von Pityriasis versicolor, von Gottheil. (*Med. Record.* 1899. Nach *Journ. de pratic.* 1900. No. 26.) Ein kubanischer Arzt hat seit vielen Jahren am linken Handteller einige rundliche, schuppende, fast schwarze Flecken, die weder durch medikamentöse Behandlung, noch durch Abkratzen mit dem Messer auf die Dauer zu beseitigen sind. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Mycelien und Sporen von Mikrosporon furfur. Es handelte sich also um einen Fall von Pityriasis versicolor, der wegen seiner Lokalisation an einer Hand vollständig vereinzelt dasteht. Auffallend ist ferner die fast schwarze Farbe der Flecken; dieselbe ist einfach durch Eindringen schwarzer Stoffe (Ruſs etc.) von aufsen her zu erklären. *Götz-München.*

Larva migrans („Creeping disease"), von J. H. Rille-Innsbruck. (Draschers Bibl. d. ges. med. Wissensch.) Diese im Jahre 1874 von Robert zuerst beschriebene, im Jahre 1891 neuerdings von Radcliff Crocker beobachtete und mit dem Namen Creeping disease belegte Affektion, die der linienförmig fortgesetzten Minierarbeit eines Parasiten (Larva migrans) unter der Haut (Epidermis s. Abbildung) ihre Entstehung verdankt, wird hier unter besonderer Berücksichtigung der Art dieses Parasiten in kurzem beschrieben. Sie betrifft vor allem Kinder, wie auch die zwei von R. beobachteten Fälle und zwei weitere von ihm gesehene, und kommt bei uns sehr selten, häufiger in Rufsland, Galizien, Bulgarien vor. Die sonst nie beobachtete Spontanheilung trat in einem Falle von R. ein; die Therapie besteht vor allem im Auffinden und Entfernen des Parasiten, was bei Erwachsenen leicht, bei Kindern jedoch aufserordentlich schwierig sein kann. Der Parasit ist 1 mm lang, besteht aus zehn Segmenten, die Eier (von schwarzer Farbe) sollen die der Kopflaus an Gröfse übertreffen. *Stern-München.*

Pediculosis, von M. Wolters. (Draschers Bibl. d. ges. med. Wissensch.) Der Glaube an eine Läusesucht, als spezifische Krankheit, die im Altertum allgemein anerkannt wurde, hatte sich bis in unser Jahrhundert erhalten, während man jetzt weifs, dafs die Tiere nie in die Haut eindringen, dafs vielmehr sämtliche Veränderungen durch das Kratzen der Patienten und sekundäre Verunreinigung der gesetzten Verletzungen hervorgerufen werden. Verfasser schildert dann die drei bekannten Sorten dieser Epizoen, ihre Lebensgewohnheiten und die durch sie gesetzten Hautveränderungen. *F. Hahn-Bremen.*

Tätowierung, von J. Rille-Innsbruck. (Draschers Bibl. d. ges. med. Wissensch.) Nach kurzer Schilderung des Verfahrens bespricht Verfasser die möglichen Schädigungen, welche durch das Tätowieren hervorgerufen werden können (Übertragung von Lues, Tuberkulose, Lupus, Exantheme u. s. w.) und schildert dann die Arten der Entfernung der Tätowierungen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mifsbildungen.

Die Behandlung der Talgdrüsencysten (Atherome) durch interstitielle Äthereinspritzungen, von EMILE SERGENT. (*Presse méd.* 1900. No. 52.) Verfasser berichtet über 80 Fälle von durch Ätherinjektionen geheilte Talgdrüsencysten. Das Verfahren stammt von VIDAL, dessen Schüler LERMOYEZ es 1883 einzuführen vergeblich versucht hat. Teils hat der in die kleinen Kysten gespritzte Äther eine entzündungserregende Einwirkung, die zur Eiterung führt, teils einen auf den Inhalt direkt lösenden Einfluſs, wie sich im Reagenzglas am Cysteninhalt sehen läſst. Man muſs bis zum Wachstum der Geschwulst zu Kirschengröſse warten, ehe man Äther injiziert. Die Grenze nach oben scheint unbestimmt zu sein. Die Injektionen sind schmerzlos, sofern man nicht zu groſse Dosen inkorporiert und dafür Sorge trägt, daſs der Äther nicht in das gesunde Gewebe gelangt. Narben treten nicht auf.

Kopf-Dresden.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Zur Cystoskopie (Endovesicale Bilder. Spülcystoskop. Desinfektion), von E. LANG. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 27—28.) Verfasser beschreibt die Zusammenstellung und Gebrauchsart des NITZE'schen Photographier-Cystoskopes, mittelst welchem Bilder des Blaseninnern angefertigt werden können. An demselben hat Verfasser Verbesserungen an der Verbindung zwischen den zuleitenden Schläuchen und dem Cystoskop angebracht, um dasselbe möglichst vor Erschütterung zu schützen und die bequemere Hantierung mit demselben zu ermöglichen; demselben Zwecke dient auch eine Fixationsvorrichtung, welche, ohne den Kranken zu belästigen, das Instrument in jeder beliebigen Lage unverrückt festhält. Verfasser beschreibt auf diese Weise gewonnene Bilder: die Blasenfalte; diese sichelförmige Schleimhautfalte erscheint im Cystoskope nach abwärts gelegen. Bei Cystitis schwillt sie stärker an, sie kann auch bei höheren Graden derselben Wülste und polypenförmig verlängerte Hervorragungen aufweisen, letztere können bei Einklemmung in die Sphinkteröffnung Schmerzen und Blutungen verursachen. Ferner beschreibt Verfasser Bilder von Geschwülsten, Divertikeln und Tuberkulose der Blase. Über die Schleimhautoberfläche hervorragende Geschwülste werfen einen Schlagschatten. Die Blasentuberkulose beginnt fast symptomlos ohne subjektive Beschwerden und ohne Veränderung des Harnes; mittelst des Cystoskopes können Tuberkelknötchen aufgedeckt werden, deren Entwickelung zu einem Geschwüre Verfasser in einem Falle beobachten konnte. — Verfasser beschreibt nun das nach seiner Angabe ausgeführte „Spülcystoskop", welches noch am ehesten an NITZE'S „cystoskopischen Evakuationskatheter" erinnert, es unterscheidet sich aber sowohl von diesem wie von den bisherigen Irrigationscystoskopen in folgenden Punkten: Das nach Art eines Cystoskopes gekrümmte katheterförmige Instrument führt im Schnabel die Lampe, deren Stromzuleitung in einer Längsrippe der Röhre eingebettet ist. Vor dem Schnabel ist eine weite, auch für gröſsere Blutcoagula passierbare Öffnung, durch welche die Spülflüssigkeit zu- und abfliefst. Zur Ausspülung ist ein eigenes Ansatzstück vorhanden; ein zu schnelles Hervorstürzen des Blaseninhaltes wird durch eine automatisch wirkende Klappe im Ansatzstücke verhindert. Dieses modifizierte Instrument erlaubt eine bequeme, gründliche Spülung, nach deren Ausführung dann der optische Teil in die bereits in der Urethra liegende Röhre eingeschoben wird, so daſs die Irrigation und das Cystoskopieren bei einmaligem Einführen eines Instrumentes in die Blase erledigt werden. — Die Desinfektion des Instrumentes geschieht in einem eigenen Glasbehälter mittelst Formalinpastillen durch

ca. 1½ Stunden, vor dem Gebrauche wird es in 3% Karbollösung getaucht, welche die reinenden Formalindämpfe absorbiert. Nach dem Gebrauche wird das Cystoskop in allen Teilen mechanisch gereinigt. *A. Alpár-Alexandria.*

Tuberkulose des Harnsystems, von J. M. Gille-Hanover N. H. (*Med. News.* 1900. No. 16.) G. glaubt, dafs Tuberkulose der Blase und Nieren häufiger seien, als gewöhnlich angenommen und auch diagnostiziert würde. Der Verlauf der Krankheit ist hier derselbe wie bei anderen tuberkulös affizierten Organen, d. h. sehr wechselnd, in manchen Fällen sehr rasch, in anderen erst nach langer Zeit zum Tode führend. Der hereditäre Charakter der Krankheit scheint noch ausgeprägter zu sein wie bei Lungentuberkulose. Wie auch die 4 angeführten Fälle beweisen, welche 2 weibliche und 2 männliche Patienten im Alter von 20—26 Jahren betreffen, kommt Tuberkulose der Harnwege besonders im jugendlichen Alter vor und nicht in den mittleren Lebensjahren, wie häufig behauptet wird. Von den beschriebenen Fällen verlief der erste äufserst rasch, nach 3 Monaten zum Tode führend, während zwei weitere jahrelang in Behandlung waren und sogar vorübergehende Besserung aufwiesen. Das wichtigste diagnostische Merkmal ist der Befund von Tuberkelbacillen im Urin, jedoch ist es dann noch schwierig, zu entscheiden, ob Blase oder Nieren der Sitz der Affektion sind, was für den Verlauf derselben von grofsem Einfluss ist; mittelst Centrifugierung und eventuell Impfversuchen sollte in irgendwie zweifelhaften Fällen die bakteriologische Untersuchung betrieben werden. Die Annahme, dafs die Tuberkulose des Harnsystems immer in der Niere entsteht und von da einfach durch den Harn auf die Blase übertragen werde, hält G. für unbegründet, vielmehr sei die Tuberkulose der letzteren oft eine primäre und gehe durch Kontiguität auf die Nieren über, wo dieser Weg übrigens der langsamere sei. *Stern-München.*

Behandlung der Paraphimose mit Circumcision, von Peltier. (*Thèse de Paris.* 1899. Nach *Journ. de pratic.* 1900. No. 16.) Der Verfasser empfiehlt zur Beseitigung einer wirklichen unkomplizierten Paraphimose, wenn es sich also lediglich um Zurückschiebung der stark verengten Vorhaut hinter der Eichel handelt, die unmittelbare Circumcision. Beim Bestehen eines weichen Schankers ist die Operation kontraindiciert. *Götz-München.*

Phimosis, Paraphimosis, von J. H. Rille-Innsbruck. (Deutsches Bibl. d. ges. med. Wissensch.) In kurzem werden die verschiedenen Affektionen beschrieben, welche Phimosis hervorrufen können, von den weniger bekannten sei Carcinom des Penis (charakteristische lancinierende Schmerzen, besondere Gröfse, Härte und drusig unebene Beschaffenheit der durch das Präputium durchtastbaren Knoten) und Diabetes hervorgehoben. Bei durch letzteren verursachter Phimose soll das klinische Bild so charakteristisch sein, dafs die Grundkrankheit zu diagnostizieren sei, bevor nur an eine Harnuntersuchung gedacht werde: das Präputium ist in allen seinen Teilen gleichmäfsig verdichtet, eher normal denn rötlich gefärbt und der Präputialsack mit weifslichen, blättrigen Partikeln erfüllt, die einen nur bei Diabetikern gedeihenden Fadenpilz enthalten. Bezüglich der Therapie empfiehlt R. in erster Linie konservatives Verfahren (Umschläge u. s. w.), ist die Operation nötig, weder Dorsalincision noch vollständige Circumcision, sondern bis zur Hälfte der Glans reichenden Dorsalschnitt und von diesem aus (mittelst krummer Schere) je nach aufsen konvexen Bogenschnitt und Naht der Schnittränder. Bei der Paraphimose wird traumatische und symptomatische Entstehung unterschieden. *Stern-München.*

Bakteriologische Untersuchungen über die periurethralen Eiterungen, von Corret. (*Thèse de Paris.* 1899. Nach *Journ. de pratic.* 1900. No. 23.) Nach den

Beobachtungen und Untersuchungen des Verfassers spielen bei der Erscheinung der periurethralen Eiterungen die anaëroben Mikrobien eine grofse, sehr oft sogar eine ausschlaggebende Rolle. Die von ihm in 13 Fällen isolierten anaëroben Mikrobien stellen zumeist bekannte Arten dar. Unter den noch nicht beschriebenen Arten ist einer von hervorragendem Interesse: Der Verfasser nennt ihn Diplococcus reniformis. Derselbe ist streng anaërob, hat die Form einer Kaffeebohne und entfärbt sich nach Gram. — Die Ergebnisse dieser Untersuchungen beweisen, dafs die Urininfiltrationen und Urinabscesse lediglich Folgeerscheinungen chronischer Urethritis oder Periurethritis sind und durch entsprechende Behandlung dieser Affektionen vermieden werden können. Die Erfolge, welche die Verwendung oxydierender Substanzen, wie übermangansaures Kalium und besonders Wasserstoffsuperoxyd, bei der Behandlung chronischer Urethritiden und Periurethritiden erzielt, finden durch diese Untersuchungen eine wissenschaftliche Erklärung. Die Entdeckung des Diplococcus reniformis ist praktisch wichtig, weil derselbe leicht mit dem Gonococcus verwechselt werden kann. *Götz-München.*

Über die Verteilung des elastischen Gewebes in der menschlichen Harnröhre, von Sprecher. (*Anat. Anz.* 1900. No. 1.) Die Färbemethode des elastischen Gewebes nach Weigert erscheint dem Verfasser vorteilhafter und empfehlenswerter als diejenige von Taenzer-Unna. Nach seinen Untersuchungen besitzt die Spitze der Glans zwei dicke zirkuläre Bündel elastischer Fasern, von denen das eine, periphere, an der Grenze zwischen der Schleimhaut und dem zentralen spongiösen Gewebe, das andere dicht über der Urethra liegt. Nach innen gehen diese beiden Faserbündel in die Fasern des spongiösen Gewebes über, das sich zwischen die ersteren lagert. Nach aufsen strahlen dünnste Fasern nach dem Schleimhautchorion der Urethra und der Glans aus. Sodann vereinigen sich die beiden Faserbündel auf dem unteren Teile der Harnröhre; auf dem oberen Teile geschieht diese Vereinigung durch Vermittelung eines dichten Bündels kommissuraler Fasern. In der Pars spongiosa sind die Albuginea und die Trabekel des spongiösen Gewebes sehr reich an elastischen Fasern. In der ersteren lagern sich die Fasern zwischen die dünnsten Bündel des Bindegewebes und folgen deren Verlauf; im spongiösen Gewebe dagegen verlaufen sie in Trabekeln parallel zur Urethra, lagern sich aber zirkulär um die Bluträume und erstrecken sich mit feinsten Ästchen bis auf ihr Endothel. Von den Trabekeln des spongiösen Teiles verbreiten sich die Fasern in das Chorium der Urethralschleimhaut; die Urethralpapille ist so dicht mit Fasern besetzt, dafs sie wie ein in das Innere des Harnröhrenepithels gedrungenes konisches Netz aussieht. Einzelne mit denen der umgebenden Gewebe in Verbindung stehende elastische Netze umgeben die Follikel und acinösen Drüsen dieses Teils der Harnröhre. In der Pars membranosa ist die Verteilung der elastischen Fasern beinahe dieselbe wie im spongiösen Teile. Die Membran, welche die Prostata umgiebt, ist reich an Fasern, welche in unregelmäfsiger Weise im Stroma und in der Umgebung der grofsen Gefäfse verlaufen. Ebenfalls reich an elastischem Gewebe ist das muskulo bindegewebige Stroma der Drüse. Die einzelnen Drüsenacini und ihre Ausführungsgänge sind von elastischen Netzen umgeben, die um so kräftiger erscheinen, als sie dem Kerne der Drüse näher liegen. Hier umgeben drei dicke, meist zirkuläre Bündel elastischer Fasern die Zirkulationskanäle und den Utriculus prostaticus, während ein dickes Bündel von Fasern die drei ersteren umfafst.

In der Harnröhre des Weibes ist das elastische Gewebe im Gefäfsplexus zwischen Tunica mucosa und muscularis reichlich vertreten. Auch hier verlaufen die Fasern parallel zur Urethra in den Septa dieses vaskulären Gewebes. Um die Bluträume

lagern sie sich in zirkulärer Anordnung. Von der Tunica vascularis gehen zahlreiche Fasern nach dem Chorium der Schleimhaut ab und die Papillen sind zum gröfsten Teile aus elastischem Gewebe zusammengesetzt. Die basalen Epithelzellen der Urethralschleimhaut scheinen an vielen Stellen in direkter Berührung mit dem elastischen Gewebe der Papillen zu stehen. Auch in allen übrigen Teilen der Harnröhre bei der Frau ist das elastische Gewebe reichlich vorhanden. *C. Müller-Genf.*

Ruptur der Urethra des Mannes, von C. P. Thomas-Spokane, Wash. (*St. Paul Journ.* 1900. No. 6.) Die Ruptur der Harnröhre kommt meist am membranösen Teil derselben, selten an der Pars pendula vor und zwar durch Schlag oder Fall. Die Diagnose ergiebt sich aus den anamnestischen Daten, Harnretention, Blutungen aus dem Meatus, Schwellung und Blutunterlaufung am Perinäum und Skrotum und deren weiteren Folgen (Gangrän). Thomas warnt nun vor dem Gebrauch des Katheters, der so gang und gäbe sei bei derartigen Verletzungen; vielmehr sei das Beste, mit oder ohne Anästhesie einen kleinen Einschnitt in die am meisten hervorragende Schwellung am Perineum zu machen, um Blut und Urin Ausgang zu verschaffen. Später kann dann, stets natürlich unter peinlicher Antisepsis, eine weitere Incision und eventuell Einführung einer Sonde oder eines Dauerkatheters stattfinden. Längsschnitte in der Urethra führen, so hebt Sp. hervor, nie zu Strikturen: solche der hinteren Harnröhre seien ferner sehr selten durch Blennorrhoe (? Ref.), meist durch Trauma verursacht. Die operative Behandlung der tiefen Harnröhrenstrikturen, welche durch allmähliche Dilatation nicht zu heilen seien, sollte stets durch die äufsere Urethrotomie geschehen. *Stern-München.*

In der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 15) berichtete Francke über **Beckenbruch mit totaler Abreifsung der Harnröhre, Spontanheilung ohne Naht.** Der Patient war überfahren worden und konnte nicht urinieren; die sofort vorgenommene Urethrotomia externa ergab totale Abreifsung der Harnröhre; es gelang nicht, das zentrale Ende zu finden. Daher wurde sofort die Sectio alta ausgeführt und der retrograde Katheterismus angeschlossen. An eine Vereinigung der weitgequetschten Weichteile durch Naht war nicht zu denken. Man legte daher einen Dauerkatheter von der Blase durch die Dammwunde und tamponierte locker; glatte Heilung ohne Strikturbildung: in der vierten Woche begann man mit Sondenbehandlung. Ein zweiter, vor zwei Jahren beobachteter Fall verlief zunächst ähnlich günstig, starb aber später an hinzugetretener eitriger Cystitis, Pyelonephritis, Pyämie. *F. Hahn-Bremen.*

In der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 27) berichtet Heintze über **einen Fall von totaler Harnröhrenzerreissung geheilt durch primäre Naht.** Der Patient ging mit einer schweren Bretterlast über ein als Steg benutztes Brett; dies schlug um, so dafs der Patient rittlings darauf zu sitzen kam. Es trat sofort Schwellung am Damm und Retentio urinae ein. Bei der sofort vorgenommenen Operation zeigte sich die Harnröhre vollkommen abgerissen, die Distanz der beiden Enden betrug 4 cm; die Vereinigung gelang leicht durch fünf Nähte; es trat primäre Heilung ein; eine bald sich einstellende Narbenstriktur machte längere Sondenbehandlung nötig. Der Vorteil der primären Naht sieht Verfasser vor allem in der Abkürzung des Krankenhausaufenthaltes und der Heilungsdauer.
F. Hahn-Bremen.

Allgemeine Bemerkung zur Pathologie und Behandlung der Harnröhrenstriktur, von Charles Cumston-Boston. (*New York. med. Journ.* 1900. No. 18 u. 19.)

Vor allem vom chirurgischen Standpunkte werden hier eingehend die Strikturen und deren Behandlung, sowie einleitend deren Ursachen (in erster Linie natürlich Blennorrhoe, dann weicher Schanker, syphilitische und tuberkulöse, perforierende perurethrale Abscesse und nicht blennorrhoische Entzündungen der Harnröhre) besprochen. Die einzig geeigneten Behandlungsmethoden der Strikturen sind die mit Sonden, interner Urethrotomie und in Ausnahmefällen äußere Urethrotomie, bezüglich welcher Maßnahmen, deren Indikationen und Ausführung nur Bekanntes hier wiederholt wird. Über die Excision ausgedehnter Strikturen mit event. plastischen Operationen ist genauere Beschreibung angefügt. Um eine Infektion des Patienten zu verhüten, d. h. um die Harnwege aseptisch zu machen, empfiehlt auch C., wie jetzt so viele Autoren, innerlich Urotropin in erster Linie, dann Tinct. Eukalypti und Salol in großen Dosen; als lokale Antiseptika zieht er Jodoform, Ag. citr. und Hg cyanid vor, zum Bestreichen der einzuführenden Instrumente sterilisiertes Lanolin. Ist ein Entzündungsprozeß vorhanden oder der Urin pathologisch verändert (katarrhalischer oder eitriger Prozeß), so sollte vor Einführung von Instrumenten die Harnröhre sorgfältig mit Ag. citr. (1 : 8000) -Lösung irrigiert werden, ebenso nach dem Eingriff Blase und Harnröhre. *Stern-München.*

Die Urethrostomia perinealis bei den unheilbaren Strikturen der Urethra, von Antonin Poncet und Xavier Delore. (Masson et Cie., Paris. Nach *Journ. de pratic.* 1900. No. 16.) Die Urethrostomia perinealis ist indiziert bei Harnröhrenstrikturen, bei denen alle anderen Methoden ungenügend, unwirksam oder gefährlich sind, also namentlich in solchen Fällen, in denen trotz aller Eingriffe immer wieder Recidive auftreten, bei multiplen Verengerungen, bei Fällen, in denen die Urethrotomie infolge der Stärke oder der Ausdehnung der Striktur unmöglich ist, bei bestehender schwerer Affektion der oberen Harnwege, um die Ruhestellung derselben zu ermöglichen, ferner in den Fällen, in denen die Kranken die Einführung der Sonden nicht vertragen, endlich bei Tuberkulosis urethroprostatica und bei ausgedehnter Zerstörung der Urethra durch ein Trauma oder durch Fremdkörper. — Die Perineostomie stellt in der Hauptsache eine einfache Urethrotomia externa dar, bei der die durchschnittene Urethra mit den Hauträndern vernäht wird. Vor der Operation, die in Steinschnittlage ausgeführt wird, wird, wenn die Striktur durchgängig ist, eine Hohlsonde, bezw. ein fadenförmiges Bougie eingeführt; bei undurchgängiger Striktur wird ein Metallkatheter bis an die Striktur gebracht. Der Schnitt beginnt 2—3 cm oberhalb des Bulbus auf der Raphe perineo-bulbaris, der Hautschnitt ist 5—6 cm lang zu machen. Nach Durchtrennung der unter der Haut gelegenen Gewebe wird die Urethra aufgesucht, die untere Wand derselben incidiert, die beiden Ränder mit Pinzetten gefaßt und dann die Urethra senkrecht zu ihrer Richtung hinter der Verengerung durchschnitten. Hierauf wird die neue Endigung der Harnröhre 10—15 mm weit lospräpariert und mobilisiert und mit den Rändern der perinealen Wunde möglichst exakt vernäht. Dann wird ein Katheter eingeführt, der, wenn er gut vertragen wird, 6—8 Tage liegen bleibt. Die Blase muß in der ersten Zeit mehrmals täglich ausgespült werden. — Die Erfolge dieser Operation sind nach den Erfahrungen der Verfasser in jeder Beziehung ausgezeichnete. Die Urinentleerung erfolgt nach wie vor willkürlich, als Nachbehandlung ist lediglich die wiederholte Einführung eines Katheterendes in die neue Urethralmündung erforderlich, da diese Neigung hat, sich zu verengern. Der ca. 4 cm lange Urethralkanal hat sich in keinem der 25 von den Verfassern zum Teil schon seit Jahren beobachteten Fällen verengert. Ein Nachteil der Operation ist es, daß die Spermaejakulation auf normalem Wege unmöglich wird. Um das zu vermeiden, kann man, statt die Urethra senkrecht zu

ihrer Richtung zu durchschneiden, lediglich die untere Harnröhrenwand incidieren und dann die Ränder der Urethralwände mit den Hauträndern vernähen: es kann dann Urin und Sperma zum Teil durch das natürliche Orificium abfliefsen. — Die Perineostomie stellt jedenfalls eine sehr wertvolle Bereicherung unserer Therapeutik bei schweren Harnröhrenstrikturen dar. *Götte-München.*

Kokaineinspritzungen in die Harnröhre bei Harnverhaltungen spastischen Ursprungs, von R. Rommel. (*Presse méd.* 1900. No. 51.) Für spastische Harnverhaltung reflektorischer Natur, wie sie häufig bei nervösen Personen, nach Beckenbrüchen und Operationen der Genitalregion beobachtet wird, empfiehlt Verfasser die von M. Martel angegebenen Kokaininjektionen in die Urethra. Dieselben werden in einer 2%igen Lösung mittelst einer 6—7 ccm fassenden Harnröhrenspritze lauwarm oder warm gegeben. Die Lösung wird 1—2 Minuten in der Harnröhre gelassen. Oft erfolgt dann schon nach Minuten die spontane Miktion. *Hopf-Dresden.*

Ein Beitrag zu den Harnröhrensteinen, von Zoros. (*Centralbl. f. Chir.* 1900. No. 31.) Verfasser beobachtete einen 45jährigen Kranken, dessen Leiden in seiner frühen Kindheit entstanden war. Es fand sich ein kindskopfgrofses Skrotum, dessen mittlere Partie steinhart war. Neben dieser Härte finden sich zwei Fistelgänge und ein Abscess. Die Urinentleerung erfolgt teils durch die Fisteln, teils durch die Harnröhre; mit der Sonde fühlt man durch die Fisteln einen Stein. Nach Spaltung der Fisteln wurde dieser herausgeschält und erwies sich als ein Phosphatstein von 9:8:6 cm Durchmessern im Gewicht von 345 g. Es ist anzunehmen, dafs dieser Stein in der Jugend von der Blase aus in die Harnröhre eingekeilt wurde, sich von hier einen Weg ins Skrotum bahnte und nun durch Apposition von Phosphaten nach und nach zu seiner jetzigen Gröfse herangewachsen ist. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne. Ein Nachtrag von P. Rupprecht. (*Centralbl. f. Chir.* 1900. No. 31.) Im Jahre 1894 hatte Oberländer urethroskopisch bei einem Patienten einen primären, wenig fortgeschrittenen Harnröhrenkrebs diagnostiziert, der dann vom Verfasser durch Resektion der Harnröhre ohne Verstümmelung vorläufig geheilt war. Dieser Patient hatte dann noch 4¼ Jahre gelebt, als er an einer Pneumonie starb, die sich bei ihm im Anschlufs an die Operation krebsig entartetter Leistendrüsen anschlofs. Bei der Sektion fand sich kein Recidiv in loco, dagegen ein kinderfaustgrofses Carcinom in der Prostata und eine Menge krebsiger, stark vergröfserter Retroperitoneallymphdrüsen. Auch in der Lunge fanden sich mehrere bis kirschengrofse Metastasen (markige Knoten). *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung der Enuresis nocturna, von Amat. (*Bulletin génér. de thérapeut.* Nov. 1899.) Verfasser durchgeht die verschiedenen Methoden, welche bei der essentiellen Harninkontinenz empfohlen worden sind. In Fällen, wo es sich um eine übermäfsige Empfindlichkeit der Muskelfasern der Blasenwand handelt, sind Brom, Chloral, Opium und vor allem Belladonna, resp. Atropin und Antipyrin indiziert. Mac Alister giebt das Atropin in folgender Weise: von einer Mischung, bestehend aus 5,00 einer 2%igen Atropinlösung, 0,25 einer Lösung von Strychninum hydrochlor. von derselben Konzentration und 30,0 Sirupus cort. aurant. giebt er abends zunächst Tropfen und steigt nach und nach bis 60 Tropfen, um dann allmählich wieder abzunehmen. Sandrez hat mit gutem Erfolg Antipyrin verabreicht und zwar bis zu 3,0, wenn 2—3 g nicht zum Ziele führen; das Antipyrin wird von den Kindern gut vertragen. Bei übertriebener Kontraktilität der Blase leisten intravesikale

Injektionen von Kohlensäure gute Dienste (*Matin*). Bei Hyperästhesie der urethro vesikalen Schleimhaut wirken Antispasmodika, wie Brom, Baldrian, Asa foetida ammoniakalisches Kupfersulfat vorteilhaft. Civiale hat in diesen Fällen auch mi gutem Erfolge den einfachen Katheterismus angewendet. Bei Atonie des Schliefs muskels hat Trousseau Strychnin empfohlen. Die besten Erfolge sind aber bei In kontinenz der Kinder mit der Elektrisation des Blasensphinkters nach der Method von Guyon erzielt worden (Induktionsstrom); Stravenson zieht dagegen den galva nischen, Bordier-Lyon den induzierten statischen Strom vor. Stumf sucht die Be rührung des Urins mit dem Blasensphinkter dadurch zu verhindern, dafs er dem Kinde eine entsprechende Lagerung im Bette giebt (Hochlage des Beckens). Brillante Resultate soll ferner die Suggestion gegeben haben. *C. Müller-Genf.*

Aseptisches Katheterisieren, von C. Beck. (*Med. News.* 6. Jan. 1900.) Ver fasser empfiehlt zum Desinfizieren der Hände seine sterisierte Sandseifenmischung, Abreiben mit Kompressen, die mit 50% Alkohol getränkt sind, eventuell nachher Waschen mit Sublimatlösung. Ferner ist besondere Rücksicht auf die Koronarfurche zu nehmen. Da in der Urethra selbst pathogene Keime vorkommen, giebt er vor jedem Katheterisieren eine Injektion von 5% Jodoformemulsion in Glycerin.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vorsichtsmafsregeln beim Selbstkatheterismus. Zusammengestellt von Friedrich Dommer-Dresden. (Seitz & Schauer, München 1900.) Diese zur Ver teilung an Blasenkranke von Seite des Arztes bestimmten Vorsichtsmafsregeln enthalten auf zwei Seiten die wichtigsten Punkte, welche der selbst katheterisierende Patient zu beobachten hat. In praktischer, für die Sprechstunde recht geeigneter Weise sind wohl ca. 100 Exemplare dieser Vorschriften zu einem Abreifsheftе zusammengefügt. Referent freut sich, dafs die Desinfektion der Katheter mit Sublimat (1 : 1000), welche sich ihm stets bewährt hat, hier wieder zu ihrem vollen Rechte kommt, wundert sich jedoch, dafs beim Einführen des Katheters — Art. I spricht über das Reinhalten, Art. II über das Einführen desselben — nicht erwähnt ist, anfangs langsame drehende Bewegungen zu machen. *Stern-München.*

Der Dauerkatheter bei der Behandlung der Harninfektion und der Prostata- sowie Harnröhrenblutungen, von Felix Guyon-Paris. (*Presse méd.* 1900, No. 36.) Anschliefsend an die Krankengeschichte eines Patienten mit Blasenstein cystitis, der nach erfolgter Zertrümmerung mehrerer Phosphatsteine 49 Tage lang einen Dauerkatheter getragen hatte, bespricht Guyon in vorliegender Arbeit die Indikation und klinische Anwendung dieses therapeutischen Eingriffs. Der Dauerkatheter dient zur Blasendrainage par excellence bei febriler Harninfektion und kommt zur Anwendung, wenn der wiederholte Katheterismus mit Spülungen ohne Erfolg bleibt. Angezeigt ist der Dauerkatheter auch bei Vergröfserung einer Niere, deren Verkleinerung er oft zur Folge hat. 1895 veröffentlichten Guyon und Michon eine Statistik 49 einschlagender Fälle mit 77% Heilungen, neuerdings verfügen sie über 50 Fälle mit 42 Heilungen und 8 tötlichen Ausgängen. Die suprapubische Drainage bietet nach Lagouttes Statistik 35% Mortalität, nach Poncet und Delore Zusammenstellung 36,2% Mortalität. Ihr stehen, wie gesagt, für die Dauerkatheterbehandlung des Verfassers nur 20% letaler Ausgänge gegenüber. Die Dauer der Einwirkung des Katheters, bis die Temperatur fällt, schwankte zwischen einem und drei Tagen, wenn man den ersten Fall des Fiebers annimmt; zwischen zwei und neun Tagen, wenn man das dauernde Stehenbleiben der Temperatur auf höchstens 37° als Norm nimmt. Die Temperatur nimmt 1. entweder plötzlich ab, in 12—36 Stunden,

oder 2. progressiv. Letzteres tritt bei alten Harninfektionen ein und bei vorzeitiger Entfernung des Dauerkatheters. Auch kommt beständiges Steigen des Fiebers trotz Verweilkatheters vor, z. B. bei Niereneiterungen. In solchen Fällen nützt aber auch die suprapubische Drainage nichts. Der Verweilkatheter darf nicht entfernt werden, so lange nicht die Temperatur 2 oder 3 Tage lang, oder bei vorhergegangenen nochmaligen Steigerungen so lange sie nicht 5—7 Tage lang sich auf 37 gehalten hat. Daſs er längere Zeit gut von Kranken vertragen wird, zeigt der berichtete Fall mit 49tägiger Dauer des beständigen Katheterismus. Intercurrierende Temperatursteigerungen können in Lageveränderungen oder Verstopfungen des Katheters ihren Grund haben, doch hilft in solchen Fällen die Kontrolle des Instruments dem Schaden ab. Auch stellen sich zuweilen andere Infektionen, wie Prostatitis, Epididymitis, als Ursachen andauernden Fiebers heraus. Bei solchen Erkrankungen ist der Verweilkatheter gleichwohl nicht kontraindiziert. Demselben weichen auch alle Prostatablutungen, seien sie nun kongestiven, neoplastischen oder traumatischen Ursprungs, sowie die Harnröhrenhämorrhagien infolge Trauma (mittelst Instrumenten u. a.).

Hopf-Dresden.

Über die Vorteile des Dauerkatheters. (*Rif. med.* 1900. No. 6.) Zwei Patienten, von denen der eine an Prostatahypertrophie und der andere an einer Harnröhrenstriktur litt, wurden mit dem Verweilkatheter nach dem Vorschlage von Guyon behandelt. In beiden Fällen wurde der Katheter jeweilen 3—4 Tage vertragen. Nach einem Zwischenraume von einigen Tagen wurde der Katheter jeweilen wieder eingelegt. Die Behandlung hatte zur Folge, daſs nach einiger Zeit die normale Harnentleerung erreicht wurde. *C. Müller-Genf.*

Verletzungen der Blasenschleimhaut durch Kontusion der Unterbauchgegend, von Julius Schnitzler. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900, No. 10.) Bei einem 15jährigen Schuhmacherlehrling stellte sich Hämaturie mit Schmerzen und Harndrang ein, nachdem er einen stark belasteten Handwagen gezogen, wobei der Gurt, mittelst dessen er den Wagen zog, über seine Unterbauchgegend verlief. Die Cystoskopie ergab an der vorderen Blasenwand zwei linsengroſse, teilweise von Blutgerinnseln bedeckte Vertiefungen, deren Ränder von zackig eingerissener Schleimhaut gebildet waren. Die Heilung erfolgte unter Bettruhe ohne jede lokale Therapie. — Einen ähnlichen Fall hat Zuckerkandl gesehen. Bei diesem handelte es sich um einen Mann, der sich über die Kante eines tiefen Fasses gebeugt und einen schweren Gegenstand aus demselben gehoben hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen Fall von spontaner Ruptur der Blase infolge von Harnretention und Beckenphlegmone durch Urininfiltration beschreibt Koslinsky (*Revista de Chirurgie.* Bukarest 1900. No. 7.) Es wurde die Laparotomie mit Blasennaht ausgeführt. Heilung. *C. Müller-Genf.*

Cystitis, von Henry H. Morten. (*New York. med. Journ.* 1900. No. 19 u. 20.) Vorliegende Arbeit ist mehr bakteriologischen Betrachtungen gewidmet und M. geht von der Ansicht aus, daſs die direkte Ursache einer Cystitis stets Mikroorganismen sind, welche aber auf einen prädisponierten Boden fallen müssen. Die Prädisposition ist geschaffen vor allem durch Harnretention (Striktur, Prostatahypertrophie, Lähmung der Blasennerven von Myelitis oder Wirbelsäulenfraktur), chronische Kompression der Blasenschleimhaut (Urin, Schwangerschaft und Menstruation) und Erkältung (Verminderung der Gewebelebensfähigkeit). Normaler Urin ist eine aseptische Flüssigkeit, frei von Keimen. In jedem Falle von Cystitis sind verschiedene Arten von Kokken

und Bakterien vorhanden; viele derselben werden, wenn in eine normale Blase gelangt, ohne weiteres wieder entleert, andererseits besitzen der Staphylococcus pyogenes, der Urobacillus liquefaciens septicus und virulente Kulturen des Bacillus coli die Eigenschaft, Harnstoff zu zersetzen und Ammoniak zu bilden und so ohne prädisponierende Ursache Blasenentzündung hervorzurufen. 4 Wege giebt es, durch welche die Keime in die Blase gelangen: 1. durch die Urethra, 2. durch die Nieren; die erstgenannte Art ist die häufigste, bei beiden spielt der Bac. coli die Hauptrolle, 3. direkt aus dem Cirkulationswegen (meist bei Tuberkulose) und 4. aus benachbarten Organen durch die Lymphgefäße. Für die Praxis teilt M. die Cystitis in einfache, suppurative und spezifische Cystitis ein. Die erstgenannte Art ist nicht durch Keime verursacht (also giebt es doch eine nichtinfektiöse Cyst.! Ref.), sondern durch mechanische (Steine oder Krystalle im Urin) oder chemische Reize (Canthariden). Von praktischer Bedeutung sei aber diese einfache Cystitis nicht, da sie innerhalb weniger Stunden durch das Hinzutreten von Keimen in eine eitrige verwandelt werde. Der Krankheitsprozeß ist am ausgeprägtesten in der Gegend des Trigonum, um die Ureteren- und die Urethralmündungen. Nach Besprechung der bekannten lokalen Symptome würdigt M. eingehender die allgemeinen, welche durch die in das Blut gelangten Toxine erzeugt werden und deren Schwere in erster Linie von der Menge des absorbierten Giftes und in zweiter von der Schnelligkeit der Absorption abhängt. Wenn die Blase sich nicht völlig entleeren kann oder wenn pyogene Mikroorganismen deren Wände befallen haben, folgen schwere Allgemeinerscheinungen. Bei chronischer Cystitis sind dieselben meist geringgradig, weil die Resorption von der Blase aus sehr unbedeutend ist. Was die Therapie betrifft, so empfiehlt M. in akuten Fällen außer Bettruhe heiße Sitzbäder (100—105° F.), Purgantien, jedoch nicht immer die gewohnheitsmäßigen Alkalien, sondern nur dann, wenn der Urin sehr sauer ist; ferner Opium bei starken Schmerzen und Tenesmus, Ol. Santal. und wiederum das vielgerühmte Urotropin. Lokal können auch bei akuter Cystitis Instillationen von Arg. nitr. angewendet werden, bei chronischen Auswaschungen mit diesem Mittel (von 1 : 4000 bis 1 : 500); zur einfachen Reinigung der Blase von Eiter u. s. w. genügt 6%ige Kochsalz- oder 4%ige Borlösung. Statt des permanenten Katheterismus zieht M. die Drainage durch das Perineum oder bei notwendig werdender längerer Dauer die suprapubische vor. *Stern-München.*

Ursachen, Diagnose und Behandlung der Cystitis, von Roman Guiteras-New York. (*Med. News.* 1900. No. 14.) Vorliegende Arbeit ist in erster Linie für den allgemeinen praktischen Arzt bestimmt und faßt in leicht verständlicher Weise alles für denselben Wissenswerte zusammen, ohne irgend wie neue Thatsachen zu bringen. Einiges, was immerhin auch für den Spezialisten von Interesse sein dürfte, sei jedoch hervorgehoben. Die Ursache der akuten Cystitis ist für G. meist eine Blennorrhoe, welche sich während der dritten oder vierten Woche von der Urethra nach hinten fortsetzt. Die chronische Cystitis wird eingeteilt nach den verschiedenen Ursachen in 1. solche, infolge Übergang der Entzündung von der Urethra aus, 2. infolge von Harnröhrenstriktur, 3. von Prostatahypertrophie, 4. von Tumoren (der Patient ist ebenso wie im vorhergehenden Falle über 50 Jahre alt, Harnblutungen sind vorhanden, die cystoskopische Untersuchung ergiebt die Diagnose), 5. chronische Cystitis infolge von Steinkrankheit, welche bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter vorkommen kann und 6. tuberkulöse Cystitis, ebenfalls bei beiden Geschlechtern und besonders im Alter von 18—30 Jahren vorkommend. Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt G. bei akuter Cystitis Ruhe in Rückenlage, heiße Sitzbäder 2 mal täglich), heiße Rektalinjektionen, bei chronischer Entzündung der Blase die

letzteren ebenfalls, ferner als interne Mittel besonders Urotropin und Ol. Eucalypti. Je nach den verschiedenen Ursachen der chronischen Cystitis müssen natürlich in erster Linie diese behoben werden. Bei der tuberkulösen Cystitis wäre stets das beste, ähnlich wie bei Lungentuberkulose mit Luftkur u. s. w. vorzugehen und G. glaubt, es könne oft mehr mit solch sorgfältiger Allgemeinbehandlung erzielt werden als wie es den geübtesten Spezialisten möglich wäre. Bezüglich der lokalen Mittel verwirft G. die von Guyon so sehr empfohlenen Injektionen von Sublimat (1 : 10000), ferner von Arg. nitr. und Kalium permangan., da sie sehr unangenehm reizen, vielmehr hat er sehr gute Erfolge mit Borolyptol-Irrigationen (1 : 8 bis 1 : 16), täglich einmal abends vorgenommen, gesehen; innerlich bewährte sich besonders eine Mischung von Tinct. Belladonnae, Natr. benzoic. und Ol. gaultheriae, wodurch grofse Erleichterung von den unangenehmen subjektiven Symptomen eintrete. Bei der Behandlung der durch Striktur erzeugten Cystitis spendet G. dem Oberländerschen Dilatator grofses Lob, welches nach des Referenten Erfahrung ein wohlverdientes ist. Die Warnung G.'s dürfte schliefslich sehr berechtigt sein, bei Blasenkatarrh im allgemeinen nicht zu häufig mit Instrumenten einzugehen oder zu reizende Irrigationen anzuwenden, mit welchen meist mehr Schaden wie Nutzen gestiftet würde.

Stern-München.

Cystitis papillomatosa, von Fred. Bierhoff-New York. (*Med. News.* 1900. No. 21.) Diese Affektion kommt beim weiblichen Geschlecht als eine Art chronischer Cystitis vor und bietet das klinische Bild entweder der rein katarrhalischen oder der eitrigen Blasenentzündung. Die Symptome des Leidens sind häufiges Urinieren, mit mehr oder weniger Schmerz begleitet, und Harndrang, wobei der Urin entweder klar oder getrübt sein kann. Blutungen, das Zeichen wirklicher Blasenpapillome, kommen spontan nicht vor, sondern nur nach Einführung von Instrumenten u. s. w. Der Sitz der Affektion ist das Trigonum, dessen Zotten oder Papillen gesondert von einer entzündeten Basis hervorragen. Die cystoskopische Untersuchung kann allein über diesen Zustand Auskunft geben, es zeigt sich dabei die Schleimhaut des ganzen Trigonum von tief roter Farbe, die übrige Blase normal. Die drei Fälle, welche B. des Näheren beschreibt und aus der gynäkologischen Klinik von Dr. Knorr in Berlin stammen, betrafen Frauen im Alter von 52, 26 und 30 Jahren. Die Frage, ob es sich bei dieser Cystitis um ein Frühstadium der wirklichen papillomatösen Neubildung oder nur um aufsergewöhnliche Hypertrophie einer chronisch entzündeten Schleimhaut handelt, möchte B. eher in letzterem Sinne entscheiden. Die Differentialdiagnose zwischen Cystitis und Blasengeschwulst ist oft sehr schwer zu stellen. Die Behandlung besteht in Ausspülung mit Borlösung, Instillation einer 1%igen Arg. nitr.-Lösung; bei einem zu Ende behandelten Fall verschwanden die Papillen mit der Entzündung was dafür spricht, die Affektion als chronische Cystitis anzusehen.

Stern-München.

Das Urotropin in der Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege, von Ehrmann. (*Wiener med. Presse.* 1899. No. 25.) Die Wirkung des Urotropin beruht auf der Ausscheidung des Formaldehyds durch den Harn. Verfasser verwendete das Urotropin bei einem Patienten, der an einem periurethralen Abscefs und Cystitis nach blennorrhoischer Infektion litt, der Harn reagierte alkalisch, enthielt Salze, Gonokokken und Bakterien. Nachdem der Abscefs gespalten und geheilt war, machte er zwei Monate hindurch Blasenspülungen ohne eine vollständige Klärung des Harns und das Verschwinden der Bakterien zu erzielen. Erst nachdem zugleich Urotropin 0,5 pro dosi 3 mal täglich gereicht wurde, trat nach drei Wochen eine vollständige Klärung des Harns ein; die Bakterien nahmen dabei immer mehr an Zahl ab, bis sie schliefslich verschwanden. Urotropin wurde noch einen Monat länger, als

die lokale Behandlung dauerte, gegeben und noch nach zwei Jahren hatte Patient klaren Harn. Es wurden noch acht analoge Fälle von Cystitis mit gleichem Erfolge behandelt, ebenso sechs Fälle von Bakteriurie; es wurden dabei täglich 15 g in zwei Dosen gereicht. — Von besonderer Wichtigkeit wären gewisse Formen von chronischer Urethritis posterior hervorzuheben, bei denen ohne besonderen Tenesmus, manchmal ohne alle Beschwerden Trübung beider Harnportionen besteht, manchmal ganz gleich, manchmal ist die erstere stärker getrübt. Im Sediment finden sich überwiegend Eiterzellen, daneben auch Gonokokken und, wenn auch nicht zahlreich, andere Bakterien- und Kokkenformen. Tiefe Injektionen, Ausspülungen der Urethra posterior und Blase bringen nur vorübergehend und nur geringe Besserung. In solchen Fällen war das Utropin von überraschender Wirkung, schon am 3.—4. Tage klärte sich der Harn auf. Es wurden 32 ähnliche Fälle behandelt. Gut bewährte sich auch das Urotropin bei tuberkulöser Cystitis, Prostatahypertrophie und Typhuscystitis.

A. Alpár-Alexandria.

Urotropin bei der Behandlung der Cystitis, von Goldberg. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1900. No. 28.) Verfasser wendet sich ebenfalls, wie Grosglik, gegen die dem Urotropin zugeschriebenen guten Erfolge; bei primärer Cystitis, die oft Neigung hat, spontan in Besserung überzugehen, hat er allerdings gute Erfolge und Heilungen gesehen; bei allen sekundären Cystitiden dagegen versagt es meist vollständig, wie das von einem internen Heilmittel auch nicht anders zu erwarten ist, so lange die Grundkrankheit nicht gehoben ist. Ist die Cystitis sekundär bei vorhergehender Erkrankung der Harnwege (Striktur, Prostatahypertrophie, Nephrolithiasis, Tumor) so erzielt es Besserungen bei Kombination mit örtlicher Behandlung. Dagegen ist Urotropin nutzlos, wenn die Cystitis sekundär ist, aber ihrerseits Anlafs zu aufsteigender Infektion und beginnender Harnvergiftung gegeben hat.

F. Hahn-Bremen.

Völlige Urinretention als Folge von Cystitis, von J. Lomond-Lackie-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Aug. 1900.) Der Fall, welcher eine 43jährige Frau betraf, ist deshalb bemerkenswert, weil bei dem 8 Jahre bestehenden Blasenleiden das tötliche Ende durch eine doppelte Infektion der Nieren eintrat — wie die Sektion bewies, dieselbe jedoch bis kurz vor dem Tod keinerlei Symptome zeigte. Es stellte sich komplete Anurie ein und selbst dann fühlte sich Patientin nicht besonders krank, bis die Anurie schliefslich 10 Tage anhielt. Es gelang durch diuretische Mittel (Digitalis und Diuretin) und heifse Sitzbäder nochmals auf acht Tage die Anurie zu beheben, so dafs auch das Allgemeinbefinden die Wiederherstellung hoffen liefs, plötzlich kehrten jedoch alle früheren Symptome wieder und nach viertägiger völliger Anurie, Erbrechen u. s. w. trat der Tod ein. Die Sektion erwies aufser der Erkrankung der Blase und Nieren und beiderseitiger Ovarialdermoide von der Gröfse eines Hühnereis die übrigen Organe als gesund.

Stern-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 3. 1. Februar 1901.

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum.

IV.

Von

Prof. Dr. R. Bergh-Kopenhagen.

Mit einer Doppeltafel.[1]

I.

Der zwischen der Urethralpapille und der Clitoris liegende Raum,[2] Vestibulum superius (Fossa navicularis ant., Nagel), wird seitwärts von den Nymphen oder bei gröfserer Länge dieser vom oberen Teile derselben begrenzt. Der Raum ist bei den verschiedenen Individuen von etwas verschiedener Länge und Breite, entweder ein wenig gewölbt oder ein wenig konkaviert oder mehr flach. Bei einzelnen Individuen ist dieses obere Vestibulum oben, unmittelbar unter der Clitoris, besonders etwas vertieft; seltener unten, unmittelbar über der Urethralpapille, ein wenig

[1] Der vorige Abschnitt (III) dieser Symbolae wurde in dieser Zeitschrift 1897. Bd. XXV, Heft 6, S. 261—272 veröffentlicht.

[2] Bei mehreren Anatomen und Klinikern findet sich die Bezeichnung Vestibulum (proprium) nicht für den unterhalb der Urethralpapille zwischen den Nymphen liegenden und in die Vagina führenden Raum angewendet, sondern für die oberhalb der Urethralpapille liegende Partie. Solches ist bei Tillaux (*Traité d'anat. topogr.* 1882. 3. éd. S. 853) und bei Martineau (*Leç. sur les déform. vulv. et anales.* 1886. 2. éd. S. 47) der Fall.

Nagel (Über die Entwickelung der inneren und äufseren Genitalien beim menschlichen Weibe. *Arch. f. Gynäkol.* 1893. XLV. S. [453—477] 471) benennt diesen Raum Fossa navicularis ant., indem er ihn als mit der Fossa navicularis der männlichen Urinröhre homolog deutet.

Bei den älteren Anatomen (Vesal, Pinaeus, Riolan, Fallopio, Spigel, Casserius, R. de Graaf, Plazzoni, Morgagni) ist dieses Vestibulum weder erwähnt noch abgebildet. Nur in Albins academ. adnotat. (1754. lib. IV, cap. X. Tab. IV) und auf einer Figur in Hallers Icones anatom. (1756. S. 20 Tab., Fig. 1 i) ist es deutlich und mit schwachen Furchen („Striae carneae", Haller) dargestellt.

Pozzi (Bride masculine du vestibule. Congrès internat. des sc. méd. 8 session, Copenhague. 1884. I. 1886. Section d'anat. S. 67—69, Fig. 1, 2) hat diesen Raum weniger naturtreu beschrieben und abgebildet, deutet aber denselben richtig und homologisiert ihn mit der (totalen) Hypospadia penis.

Weder bei Henle noch bei Gegenbaur finden sich Bemerkungen über diesen Raum.

gewölbt. Der Raum weist aber sonst noch andere individuelle Verschiedenheiten auf. Seine Länge ist gewöhnlich etwa 2,5—3 cm, mitunter doch nur ungefähr 1 cm (Fig. 15); selten (bei 10 Individuen) selbst nur 0,5 cm; auch selten (bei 3 Individuen) von gröfserer (Fig. 16), bis 3,5 cm steigender Ausdehnung. Die Länge war gewöhnlich ein wenig gröfser als die Breite, und die Breite meistens geringer, wenn der Raum eben (ohne Furchen) war.

Im Laufe der späteren Jahre habe ich detaillierte Notizen über die Verhältnisse dieses Vestibulum superius bei 1547 meistens jungen und ganz jungen Frauenzimmern gesammelt, von welchen die 793 öffentliche Frauenzimmer, die 754 der geheimen Prostitution gehörend waren.

Bei den 674 (444 + 230) oder bei beiläufig 43,5% war das obere Vestibulum glatt, ohne Furchen, Falten oder deutliche Poren. Falls es sich ferner zeigen sollte, dafs eine solche Glattheit häufiger bei den öffentlichen Dirnen vorkommt, würde solches vielleicht von einem mechanischen Verwischen durch die zahlreichen Kohabitationen zu erklären sein.

Bei den übrigen, den 873 (349 + 524) Individuen war dieser Raum nicht glatt, sondern zeigte in verschiedener Weise einige meistens oberflächliche Furchen oder seltener Fältchen und oft denselben gehörende, also in Linien geordnete Poren. Ontogenetisch wäre solches auch zu erwarten. Die weibliche Urinröhre repräsentiert nur die Pars membranacea der männlichen,[3] ist hypospadiasisch; der Raum zwischen der Urinröhrenmündung und der Glans clitoridis (mit ihren Corpora cavernosa clit.) entspricht der Pars cavernosa der männlichen Urethra, die an ihrer oberen Wand ja eine mediane Reihe von Foramina (Morgagnii) und zu jeder Seite derselben eine laterale von Foraminula (Morgagnii)[4] zeigt. Mehr oder weniger ausgeprägt finden sich beim Weibe entsprechende Verhältnisse an dem mit der Pars cavernosa des Mannes homologen Vestibulum superius. Diese Poren (Foramina, Foraminula) zeigen sich dem unbewaffneten oder schwach bewaffneten Auge als nicht sehr zahlreich, in der Mittellinie ein wenig zahlreicher, wo ihre Anzahl meistens zwischen 1 und 5 schwankt. Sie sind fast immer fein, meistens soeben dem unbewaffneten Auge sichtbar; ihre Form ist rundlich oder halbmondförmig mit nach unten konvexem Rande; sie scheinen meistens ganz oberflächlich zu sein, von einer Tiefe von 0,5—1 mm, selten ein wenig tiefer; die kleine Höhle ist gewöhnlich nach oben (gegen die Clitoris) gerichtet. Die

---

[3] Symbolae, II. l. c. 1897. XXIV. S. 74.

[4] Jarjavay, Recherches anatom. sur l'urètre de l'homme. 1856. S. 34—43. Pl. I, Fig. 1.

Vgl. Morgagni, Advers. anat. omnia. ed. nova et aucta. 1741. I. S. 5—6. — IV, S. 35. Animadversio XX („Foramina, foraminula").

Poren sind wohl einfache Schleimcrypten oder Entleerungsgruben für kleine acinöse Drüsen.

Das am häufigsten bei den 437 von diesen 873 Individuen gesehene Verhältnis ist das, dafs der Raum zwischen Urinröhrenpapille und Clitoris eine mediane und jederseits eine laterale, meistens wie es scheint, einfache Furche zeigt, alle drei lang (Fig. 1) und etwa von derselben Länge, meistens ziemlich parallel laufend, oberflächlich, doch mehr oder weniger ausgeprägt; durch ziemlich leichte Strämmung seitwärts werden die Furchen undeutlich oder verschwinden. Bei 28 anderen Individuen waren diese drei Furchen kurz, und die lateralen etwas nach aufsen gerichtet (Fig. 2). Wieder bei 48 anderen war die mediane Furche nur oben deutlich (Fig. 3) und bei 40 derselben die lateralen nur unten ausgeprägt (Fig. 3). Bei einem Individuum zeigten sich zwischen den lateralen zwei oben in einem spitzen Winkel zusammenstofsende mediane Furchen (Fig. 4). Bei 112 Individuen fehlten die beiden lateralen Furchen und es fand sich nur die (glatte) mediane (Fig. 5, 6), welche bei zweien fast vom Grunde gabelig war (Fig. 5) und sich geteilt bis in die Nähe der Clitoris fortsetzte, während die Gabelteilung bei vier anderen Individuen ganz kurz war, indem der Stamm sich erst in der Nähe der Clitoris teilt (Fig. 6). Bei drei anderen Individuen fehlte nur die eine rechte oder linke laterale Furche (Fig. 7). Bei fünf Individuen kamen an der einen oder an beiden Seiten der medianen zwei laterale Furchen vor, und bei einem an der einen Seite zwei, an der anderen drei Furchen (Fig. 8). Bei 196 Individuen fehlte die mediane Furche (Fig. 9); bei drei derselben konvergierten die lateralen stark, bei zwei anderen schmolzen sie oben zusammen; bei zwei divergierten sie stark; bei drei dieser Individuen kamen jederseits zwei laterale Furchen vor; bei fünf anderen an der einen Seite zwei, während solche an der anderen fehlten (Fig. 10).

Bei 43 dieser 873 Individuen mit nicht glattem Vestibulum superius wurden die Furchen gleichsam in niedere Falten umgestaltet gesehen. Bei den meisten (25) derselben war nur die mediane Furche derart geändert; bei einigen anderen (8) nur die lateralen, und bei einem derselben setzte sich die Falte, vergröfsert und lappenartig entwickelt, nach unten fort und deckte mit diesen Lappen einen Teil der Urethralpapille.[5] Bei zehn Individuen waren die lateralen wie die medianen Furchen in Fältchen umgebildet. Einzelne Poren kamen mitunter auch an oder neben den Fältchen vor.

Bei einer grofsen Anzahl der oben genannten 873 Individuen, bei

[5] Vgl. oben. III. Taf. I, Fig. 21.

den 280, zeigten die Furchen sich nicht als einfache lineare Striche, sondern fein punktiert, mit den oben erwähnten feinen Poren versehen.

Bei 58 Individuen waren alle drei Furchen punktiert und mitunter sehr deutlich; bei neun waren sie alle oder eine einzelne, meistens dann die medianen (Fig. 11), von feinen Querfurchen durchkreuzt und die Poren lagen dann in den Kreuzungspunkten. Bei zwei Individuen fanden sich an der einen Seite zwei laterale Furchen und beide punktiert.

Bei 68 Individuen mit nur medianer Furche (Fig. 13) trug dieselbe einige Poren, von welchen die unterste meistens gröfser war, oder zwei gröfsere oder selbst nur eine einzige. Bei vier dieser jungen Frauenzimmer war die Furche von einer oder mehreren feinen Querfurchen mit Pore an der Kreuzungsstelle durchzogen (vgl. Fig. 11). Bei 95 anderen Individuen kam an jeder Seite der porentragenden medianen Furche eine längere oder kürzere einfache laterale vor (Fig. 14). Bei 25 fand sich eine ähnliche laterale nur an der einen Seite vor. Bei 17 Individuen war aufser der medianen noch eine der lateralen mit Poren versehen, bei dem einen fand sich doch nur eine grofse Krypte.

Zehn Individuen, bei welchen die mediane Furche ganz fehlte, zeigten Poren an beiden lateralen (Fig. 12), bei zwei derselben kam auch noch eine mediane dicht unter der Clitoris vor (Fig. 12).

Bei fünf Individuen zeigten sich etwas eigentümliche Verhältnisse. Bei dem einen wurde an dem sonst glatten Raume median, unmittelbar oberhalb der Urethralpapille, eine sehr ausgeprägte, 3—4 mm tiefe Krypte (Fig. 15) gesehen. Bei zwei anderen fanden sich zwei bis drei solche (Fig. 16), die eine oberhalb der anderen. Bei noch einem anderen lag in der Mitte des glatten Raumes median eine grofse, fast 1 cm tiefe Krypte mit wulstigem Rande (ihr reichlicher weifser Inhalt bei gleichzeitiger Urethritis gonokokkenhaltig). Bei drei Individuen kamen median an dem sonst glatten Raume eine oder zwei hanfsamengrofse gelbe Retentionscysten (Ovula Nabothi) vor.

Bei einem Individum wurde ein noch mehr abweichendes Verhältnis gesehen. Das Vestibulum superius war länglich und zeigte unten die gewöhnlichen drei, aber hier kurze punktierte Linien; oberhalb derselben noch eine starke Querfalte, deren Enden nach oben umbogen und sich gegen die Frenula clitoridis fortsetzten, welche sie fast erreichten; in diesem Raume kam dann noch eine mediane, punktierte, bis an die Clitoris reichende Furche vor.

II.

Die Clitorispartie variiert nicht sehr in ihren Form- und Gröfseverhältnissen.[6] So wie die ganze Vulva liegt sie mehr hoch oder mehr nach unten, besonders nach der verschiedenen Inklination des Beckens. Sie zeigt sich, wie das Interfemineum, von Haaren entblöfst und ist nur sparsam mit Talgdrüsen ausgestattet, dagegen sehr empfindlich.

Die Vorhaut, Praeputium clitoridis, liegt bei den meisten Individuen entblöfst und oben in der Vulva sichtbar. Dieses ist bei solchen Weibern der Fall, bei welchen die Gröfslippen, die dann in der Regel weniger dick sind, nicht oben zusammenschliefsen, sondern sich in die Seitenteile des Mons veneris verlieren, nur durch eine geringe Einsenkung geschieden, oder bogenartig in einander übergehen, in der Art, dafs der vordere Rand des Bogens durch eine Furche vom Grunde der Präputialpartie geschieden ist.[7] Besonders entwickelt zeigt sich dieses Verhältnis bei der bei einzelnen Individuen lange oder selbst lebenslang bleibenden Vulva infantilis mit ihrem geringen Puberale, ihren wenig entwickelten Gröfslippen und ihren auch kleinen Nymphen.[8] In dieser Art entblöfst lag die Vorhaut bei 136 Individuen der öffentlichen und bei 357 der geheimen Prostitution. Die obere Seite zeigt sich allmählich gewölbt (Fig. 1—9), seltener etwas zusammengedrückt und kielförmig (Fig. 16). Sie ist meistens glatt (Fig. 1—9), mitunter, besonders bei älteren Individuen oder bei solchen, die mehrere Male geboren haben, schlaff, gleichsam etwas welk, mit Querrunzeln (Fig. 17, 21, 22) oder mit Längsfalten versehen (Fig. 18—20), einzelne Male kam auch eine Längsfurche vor (Fig. 19, 21). Bei einzelnen Individuen hatte die Vorhaut eine starke Querfalte (Fig. 21, 22), sie schien gleichsam doppelt und der hintere Teil schob sich mitunter haubenartig über den vorderen und über die Clitoris hervor. Die Seitenränder der Vorhautpartie zeigten sich oft etwas konvergierend (Fig. 12, 15), mitunter auch, besonders bei gedeckter Lage des Präputiums, mehr parallellaufend. Mitunter kam jederseits aufserhalb der Vorhaut eine von dem oberen oder mittleren Teil der Nymphe ausgehende, meistens starke Falte vor (Fig. 18, 20), welche sehr häufig bis an den Mons veneris hinaufstieg;[9] besonders ausgeprägt war dieses Verhältnis mitunter bei geringer Gröfse der Vorhaut. Nach unten geht das Präputium jederseits in das vom oberen Ende der Nymphe ausgehende Frenulum praeputii über (Fig. 11, 21 u. s. w.); in einzelnen Fällen fehlte das letztere

---

[6] Die Individuen sind in der Rückenlage bei einem Abstande zwischen den Knien von etwa 30—40 cm untersucht.

[7] Symbolae, I. l. c. 1894. XXI. S. 405.

[8] Symbolae, I. l. c. 1894. XXI. S. 405. — Sehr ausgeprägt wurde die Vulva infantilis bei 18 von 2200 sonst ganz entwickelten Individuen gefunden.

[9] Symbolae, II. l. c. 1897. XXIV. S. 82.

oder es wurde nur ein ganz kleines Rudiment desselben gesehen, durch einen kleinen Zwischenraum von der Vorhaut geschieden.

Bei einer nicht viel geringeren Anzahl von Individuen lag die Vorhaut ganz oder fast versteckt, bei solchen nämlich, bei denen der Innenrand der beiden meistens ziemlich dicken und ziemlich vortretenden Grofslippen miteinander durch ihre ganze Länge in Berührung liegen und oben mehr winkelig zusammenstofsen.[10] Die Vorhaut war bei solchen Weibern in der Regel etwas zusammengedrückt, oben schmaler (Fig. 3, 13), oft etwas kielförmig, mitunter mit einem kleinen, vortretenden Kiele (Fig. 10) versehen. In dieser Art versteckt wurde die Vorhaut bei 313 Individuen der öffentlichen und bei 120 der geheimen Prostitution gesehen. Die Vorhaut lag also bei in allem 493 Individuen entblöfst, bei 433 gedeckt.

Die Länge der Vorhaut war gewöhnlich 2—2,5 cm, bei einigen (15) Individuen stieg sie bis zu 3—4 cm (Fig. 18, 20), bei fünf betrug sie nur 8—9 mm (Fig. 3, 13), bei zwei selbst nur 4 mm. Bei einem Individuum fand sich die Clitorispartie zu einer Querfalte an der Wurzel einer ganz kleinen Glans reduziert und die ganze Partie zwischen dem oberen Ende der dicken Grofslippen eingesenkt. Die Breite war etwas geringer als die Länge, besonders geringer bei versteckter Lage des Präputiums (Fig. 22, 23); in einigen (5) Fällen, in denen die Vorhaut entblöfst lag, stieg die Breite zu fast 3 cm (Fig. 18, 21). Der Vorderrand war meistens ein wenig ausgekerbt oder zeigte gleichsam einen kurzen, medianen Einschnitt (Fig. 6), selten einen längeren (Fig. 23), in einem einzelnen Falle wurden dann die Seitenteile der Vorhaut in zwei Lappen verlängert gesehen, die den oberen Teil des Vestibulum superius zum Teil deckten (Fig. 16).

Die eigentliche Clitoris,[11] Glans clitoridis, liegt fast immer von der Vorhaut bedeckt, nur bei 22 (12 + 10) der obengenannten 926 Individuen ragte sie mit einem Drittel bis zu etwa der Hälfte ihrer Länge frei über den Rand der Vorhaut hervor, besonders bei tieferer Einkerbung derselben (Fig. 6, 23). Sie ist gewöhnlich ein wenig zusammengedrückt, oben schmaler, besonders wenn die Vorhaut mehr eng ist. Die obere immer

[10] Symbolae, I. l. c. 1894. XXI. S. 405.

[11] Clitoris ist die griechische κλειτορίς bei Rufus (Trajans Zeit) und bei Pollux (Zeit von Commodus). Die verschiedenen Namen (Dulcedo amoris, Oestrus Veneris, Columella, Tentigo, Mentula muliebris, Penis muliebris, Cauda muliebris u. a), unter welchen dieses Organ im Altertum und bei den älteren anatomischen Verfassern besprochen wird, finden sich bei Fr. Plazzoni (— de partibus generationi inservientibus libri duo. 1664. S. 110) gesammelt.

In der Regel findet sich unter der Bezeichnung Clitoris die ganze Clitorispartie einbegriffen.

gewölbte Seite ist mitunter kielförmig, bei vier Individuen war sie durch eine Querfurche gleichsam in eine kleine hintere und eine gröfsere vordere Partie geteilt. Die mehr abgeplattete und kürzere Unterseite zeigt gewöhnlich eine schwache Furche, die mitunter tiefer ist, in der Art, dafs die Unterseite mitunter wie geklüftet aussehen kann. Die Seitenteile der Clitoris gehen in ihr kurzes Frenulum über (Fig. 17). Bei drei Individuen zeigten sich die Frenula nicht in der gewöhnlichen Weise in die Clitoris übergehend, sondern in die Quere an der Unterseite der Clitoris zusammenschmelzend. Die Länge der Clitoris ist fast immer ein wenig gröfser als ihre Breite, meistens 5—6 mm bei einer Höhe von 5 mm betragend. Bei 19 Individuen, von welchen elf öffentliche Dirnen waren und die älteste 33 Jahre alt war, betrug die Länge des ganz schmalen Organs nur 1 mm, bei sieben Individuen, von welchen zwei 18—20jährige Dirnen waren, liefs eine Glans clitoridis sich kaum nachweisen.[12]

So wie beim männlichen Foetus findet sich auch beim weiblichen das Präputium und die Glans durch meistens das ganze fötale Leben durch eine solide Epithelmasse zusammengeklebt; Ackeren[13] sah solche im fünften Monat deutlich. Bei neugeborenen Kindern von beiden Geschlechtern wird oder ist aber dieses Zusammenkleben durch retrograde Metamorphose jener Epithelmasse meistens früh und vollständig gehoben.[14] Nicht ganz selten geht dasselbe aber bei Individuen männlichen Geschlechts in ein wirkliches und bleibendes Verwachsen über (Symposthion, Lang). Bei erwachsenen weiblichen Individuen habe ich nie ein solches gesehen.

Unter den mehreren tausenden von öffentlichen Dirnen, die ich in meiner Stellung als Primararzt seit 1866 untersucht habe, und unter den auch einigen tausenden Individuen der geheimen Prostitution, die ich seit 1886 im Vestre-Hospital (in Kopenhagen) behandelt habe, ist kein einziger Fall von Enormität der Clitoris vorgekommen. Dieses ist eine höchst erstaunliche Thatsache den recht häufigen, zwar meistens aus früherer Zeit[15]

[12] Auch Perchaux (Anomalie du developpement de la vulve, absence presque complète du clitoris et des petites lèvres. *Arch. de tocologie.* 1886. XIII. S. 559—562) hat einen Fall von vollständigem Mangel von Clitoris gesehen.

[13] Ackeren, Beitr. zur Entwickelungsgeschichte der weiblichen Sexualorgane des Menschen. *Zeitschr. f. wiss. Zool.* 1889. XLVIII. S. 49. Taf. III, Fig. 25 glcl.

[14] J. Tandler und P. Döméry, Zur Histologie des äufseren Genitales. *Arch. f. mikrosk. Anat.* 1899. LV. S. 602—614. Taf. XXVIII (Fig. 3).

[15] In Ambrosii Stegmanni de curiosis clitoridis annotatis (Caes. Leop. Nat. cur. ac. Ephemer. phys. med. Dec. III. Ann. IV. 1697. obs. CXII. S. 231—234) sind die meisten bis da bekannten Fälle von abnormer Gröfse der Clitoris zusammengestellt.

Luschka (Die Anatomie des menschlichen Beckens. 1864. S. 87) giebt an „in vielen Fällen" die Clitoris gröfser als den Penis gesehen zu haben.

Winckel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 2. Aufl. 1890. S. 20) hat die Glans clitoridis „bohnengrofs" gesehen.

Fehling (Ein Fall von Pseudohermaphrod. femin. ext. *Arch. f. Gynäkol.* 1892. XLII. S. 561—568. Taf. XVII, Fig. 1—4) hat bei einem 21jährigen Mädchen eine Clitoris von Daumenfingerdicke und einer Länge von 5 cm gesehen, die Glans war 1 cm lang.

vorliegenden Angaben von bedeutendem Entwickelungsgrade der Clitoris gegenüber. Auch den meisten neueren Gynäkologen scheinen übrigens ungewöhnliche Gröfsenverhältnisse der Clitoris aus Autopsie wenig bekannt.[16] Vielleicht die meisten der besonders älteren Angaben von solchen Enormitäten beziehen sich wohl auf männliche Hermaphroditen, die als Weiber fehlerhaft gedeutet sind, oder auf pathologische Neubildungen.

Es ist eine uralte, immer aber noch ziemlich allgemeine Annahme, dafs die Clitorispartie eine grofse Rolle bei der Erweckung der Sensualität und während der Kohabitation spiele, während welcher selbst eine Art von Erektion stattfinden sollte. Diese Annahme sollte durch das faktische Vorhandensein von kavernösem Gewebe und durch die starke Ausstattung des Organs mit Nerven und (Pacinischen) Gefühlskörpern gestützt scheinen. Der Volksglaube hat immer diese Annahme gehuldigt, davon tragen viele der Namen Zeugnis, die das Organ getragen hat, und die mit welchen es noch in verschiedenen Sprachen volkstümlich belegt wird. Davon zeugen auch die bei verschiedenen Völkerstämmen der neuen und besonders der alten Welt so sehr verbreitete Beschneidung oder Ausschneidung von (Nymphen und) Clitoris.[17] Zambaco zufolge[18] wird diese Operation (auch in Ägypten und Arabien) schon im siebenten Lebensjahre der Mädchen vorgenommen.

Die Berichte vom alten Allgemeinen Spitale (von Kopenhagen) haben schon vor langer Zeit[19] die Falschheit dieser der Clitoris unterschobenen Bedeutung behauptet und damit das Unberechtigte der in ihrer Zeit so modernen und vielleicht noch nicht ganz ausgestorbenen Baker-Brown-schen Clitoridektomie.[20] Nicht die Clitorispartie, sondern eher das Vestibulum superius und der untere Teil der vorderen Wand der Vagina löst

---

Daffner (Pseudohermaphrod. femin. ext. *Münch. med. Wochenschr.* 1898. XLV, No. 13. S. 394) sah bei einer 33jährigen Frau, die zweimal geboren hatte, eine einem Penis mit zurückgezogener Vorhaut ähnliche Clitorispartie, die längs der Oberseite 5 cm lang war bei einem Umfange der Glans von 7,5 cm, an der Unterseite derselben fand sich eine 2 cm lange Furche.

Bacaloglu und Fossard (Deux cas de pseudohermaphrodit. *Presse méd.* 6. Dez. 1899. S. 331—333 av. fig.) haben zwei Fälle veröffentlicht, in welchen die Clitorispartie bei zwei jüngeren Individuen ungefähr 4,5 und 8 cm an Längsmafs (im letzten Falle mit einem Umfange von 5 cm) hatte.

[16] Vgl. Zweifel (Die Krankheiten der äufseren weiblichen Genitalien. 1885. S. 12 [*D. Chir.* Liefer. 61]).

[17] Symbolae, II. l. c. 1897. XXIV. S. 84.

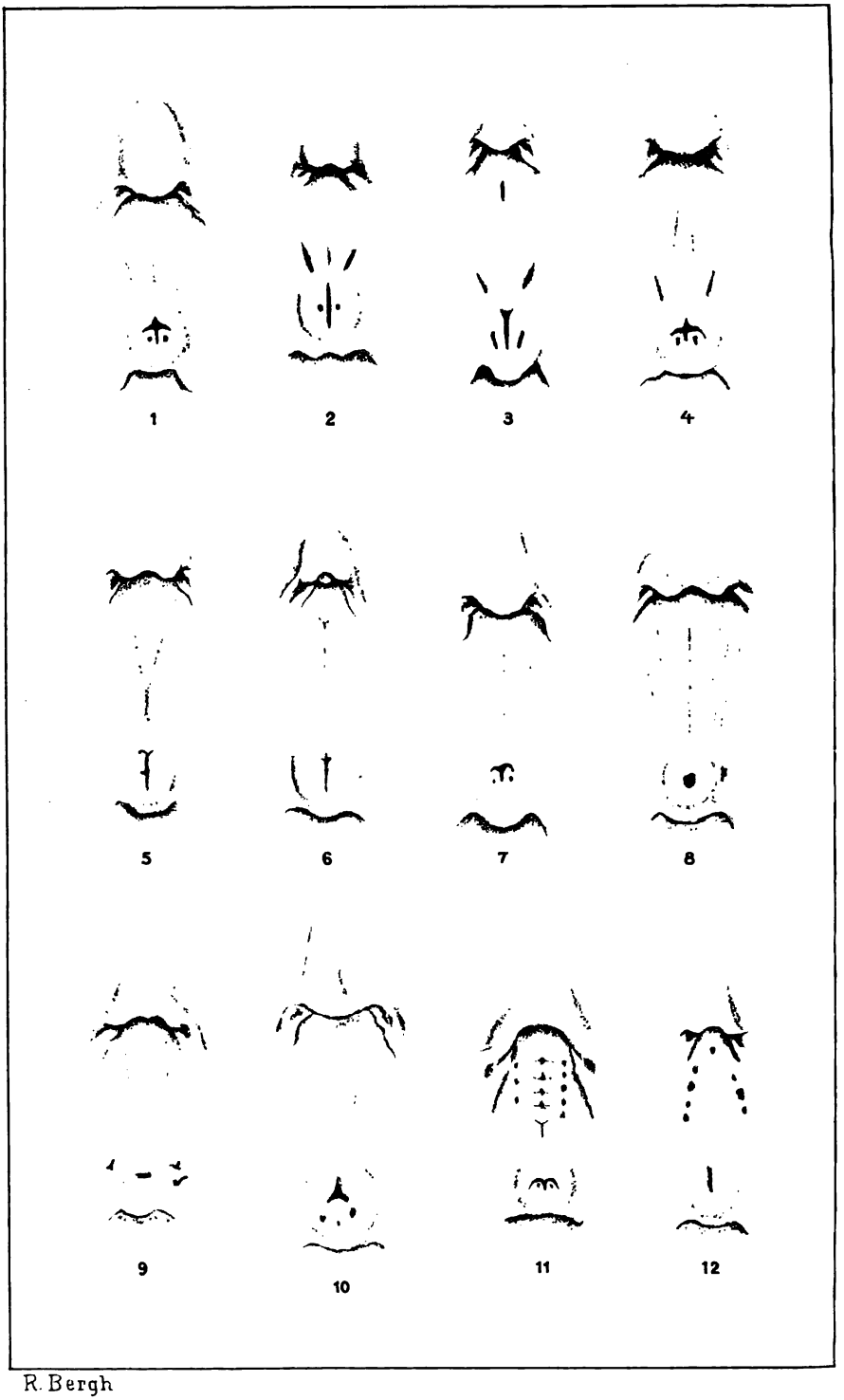
[18] Zambaco, De la circoncision chez la femme. Congrès internat. 8 session. 1884. Copenhague. 1886. S. 183—184.

Vgl. Fouquet (Lannelongue). Comptes rendus. 1897. CXXIV, 1. S. 1179.

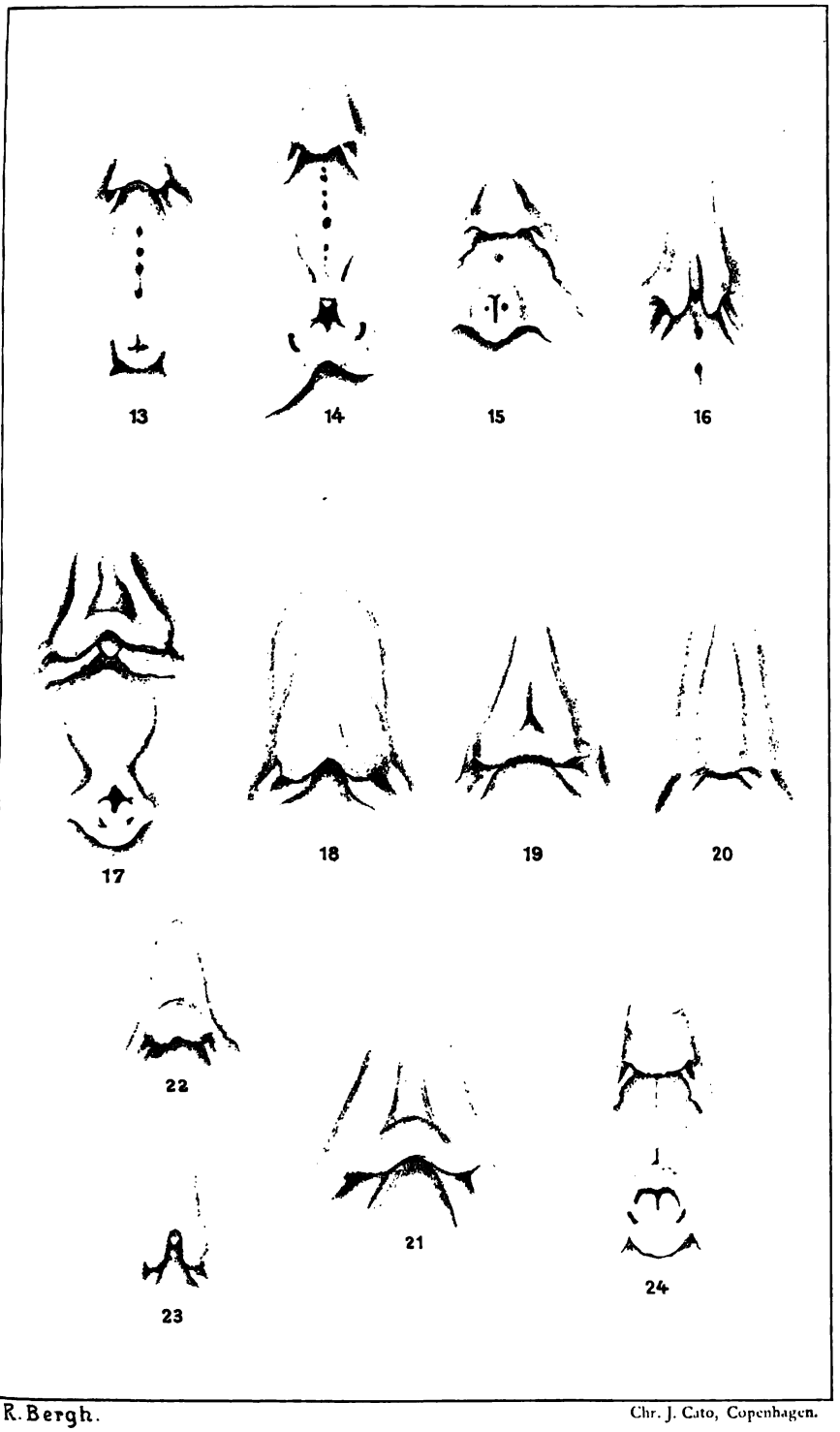
Ploss, Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. 4. Aufl. von M. Bartels. 1895. I. S. 170.

[19] Beretn. om Alm. Hosp. 2. Afdel. i 1867. 1868. S. 23; f. 1872. 1873. S. 30; f. 1877. 1878. S. 21; f. 1884. 1885. S. 7.

[20] Symbolae, II. l. c. 1897. XXIV. S. 84. — Vgl. Winckel, Lehrbuch. 2. Aufl. 1890. S. 21.



R. Bergh



R. Bergh. Chr. J. Cato, Copenhagen.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

den reflektorischen, sensuellen Orgasmus aus. Falls während des Connubiums eine Erektion der Clitorispartie einträte, würden Exkoriationen derselben gewifs recht häufig vorkommen, während sie in der That nur selten gesehen werden, wie aus der Übersicht der vorgekommenen genitalen Exkoriationen hervorgeht, die alljährlich in den Berichten des Vestre-Hospitals (in Kopenhagen) vorliegen.[21]

Es ist noch ein sehr verbreiteter Glaube, dafs angeborene oder früh geweckte Sensualität, sowie dafs die besonders früh geübte Manustupration die Gröfseentwickelung der Clitoris beeinflussen bezw. befördern sollten. Man sollte deshalb die Clitorispartie besonders entwickelt bei den Prostituierten sowie bei den Tribaden finden.

Solches ist noch in neuester Zeit von MORAGLIA[22] für die Prostituierten behauptet worden. Der erfahrene und zuverläfsliche PARENT-DUCHATELET[23] giebt dagegen ausdrücklich an, dafs seine Erfahrungen gegen solche Annahme sprachen. Und in meiner mehr als dreifsigjährigen Spitalerfahrung aus Servicen für öffentliche Dirnen habe ich nie eine übergrofse Entwickelung der Clitoris gesehen, und doch sind hier Individuen vorgekommen von unersättlichem Geschlechtstrieb, Monstra von Lüderlichkeit, verkörperte Evangelien des Fleisches.

Auch die so verbreitete persönliche Manustupration und der kaum viel weniger häufige Tribadismus üben keinen solchen Einfluss, selbst wenn diese Perversitäten schon seit ganz jungen Jahren geübt worden sind. Die von GARNIER, ZAMBACO, MORAGLIA u. a.[24] herrührenden widersprechenden Mitteilungen und Behauptungen sind kaum zuverläfslich. Bei der Manustupration wie bei der unter den Prostituierten[25] so verbreiteten Sapphisme ist es auch nicht die Clitorispartie, die titilliert wird, sondern das obere Vestibulum und der Introitus vaginae, gleichgültig ob solches vicissim oder alternatim durch den Digitus oder die Lingua geschieht, seltener werden diese Perversitäten ope priapi oder allein crissando et cevendo[26] betrieben. Die Geschlechtsteile der selbst passionierten Tribaden zeigen gewifs keine stärkere Entwickelung der Clitorispartie.[27]

---

[21] Dem Berichte von 1899 (1900. S. 8) zufolge zeigten nur 14 von 425 Individuen solche Exkoriationen, welche noch dazu meistens wohl nur von ungeschickten digitalen Manipulationen herrührten.

[22] MORAGLIA, Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Kriminalität, Prostitution und Psychopathie (WENGE, Samml. kriminal. anthropol. Vorträge. I, 3). 1897. S. 11, 25.

[23] PARENT-DUCHATELET, De la prostitution dans la ville de Paris. 3. éd. I. 1857. S. 211—213.

[24] GARNIER, Onanisme seul et à deux. 1883. S. 426—427, 432—435. — ZAMBACO, l. c. 1886. S. 184. — MORAGLIA, l. c. 1897. S. 41.

[25] Vestre Hosp. i 1893. 1894. S. 14 (222).

[26] P. ARETINO, Ragionamenti. Cosmopoli. 1660. La putana errante. S. 8—10.

[27] ROUBAND, Traité de l'impuissance et de la stérilité. 3. éd. 1876. S. 394—469.

Aus der Praxis.

Erfahrungen über die Wirkung des Protargols bei der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre.

Von

Dr. A. Grosglik-Lodz.

(Vortrag, gehalten in der Lodzer medizinischen Gesellschaft am 19. September 1900.)

In einem am Ende des Jahres 1897 veröffentlichten Aufsatze wird von Neisser[1] dem Protargol hohes Lob gezollt, indem er behauptet, nie solch' vortreffliche, sichere und schnelle Resultate, wie vom Protargol, gesehen zu haben. Als Anhänger einer Kausaltherapie betrachtet Neisser nur ein solches Mittel für wirksam, welches ohne, selbstverständlich, irgend welchen Schaden an der Harnröhre, wie stärkere Entzündung und Eiterung hervorzurufen, am sichersten alle Gonokokken tötet. Sämtliche diese Eigenschaften soll angeblich Protargol besitzen. Nun kommt aber noch eine wichtige und von allen anderen Silberverbindungen es unterscheidende Eigenschaft hinzu, das ist eine besondere chemische Haltbarkeit; es wird nämlich weder in Berührung mit Eiweifsstoffen, noch mit verdünntem chlorsaurem Natron oder verdünnter Salzsäure oder Alkalium u. s. w. zerlegt. Infolge eben dieser besonderen chemischen Haltbarkeit besitzt das Protargol die Fähigkeit, in die tieferen Schichten der Schleimhaut einzudringen, was doch für die Gonorrhoetherapie von besonderer Wichtigkeit sein mufs, da die Gonokokken, wie bekannt, schon in den ersten Perioden der Krankheit tief in die Schleimhaut eindringen. Die Resorption des Medikamentes wird noch in hohem Grade begünstigt durch dessen neutrale Reaktion, die ein längeres Verweilen in der Harnröhre erlaubt. Neisser beginnt seine Therapie in den ersten Tagen der Krankheit mit einer $^1/_4$%igen Lösung, steigt dann rasch zu einer 1%igen, und läfst die Einspritzungen mehrmals (3—6) durch den Tag machen, wobei das Medikament einmal täglich eine halbe Stunde, sonst nur 5 Minuten in der Harnröhre verbleibt. Das Verbleiben des Medikamentes in der Harnröhre eine halbe Stunde hindurch oder statt dessen eine zweimalige Einspritzung von je 15 Minuten oder eine dreimalige von je 10 Minuten wird von Neisser „prolongierte Injektion" genannt. Nach einer gewissen Zeit können auch adstringierende Medikamente angewendet werden, aber eine

[1] Neisser, *Derm. Centralbl.* 1897. No. 1.

einmalige verlängerte Einspritzung mit Protargol mufs noch mehrere Wochen angewendet werden, und besser zu lange als zu kurz.

Benario[2] untersuchte das Protargol auf seine chemischen und bakteriologischen Eigenschaften und überzeugte sich — in vitro — von der vollständigen Richtigkeit der klinischen Angaben Neissers, also von der ungewöhnlichen chemischen Haltbarkeit des Protargols, seinen grofsen bakterienhemmenden und -tötenden Eigenschaften (bezüglich des Bacillus diphther., anthracis, typhi, Bacterium coli, Staphylococcus pyogenes albus et aureus) und seiner besonderen Fähigkeit in die Tiefe einzudringen.

Soviel Neisser und Benario. Wie fielen die Beobachtungen anderer Ärzte aus? Ruggles[3] nennt das Protargol ein wirklich wertvolles Mittel auf Grund seiner 15 Beobachtungen, von denen in sechs Fällen die Gonokokken schon nach 24 Stunden verschwanden, in fünf Fällen nach zwei Tagen, in zwei Fällen nach drei Tagen und in zwei Fällen nach vier Tagen; in zwei Fällen zeigten sich die Gonokokken aber wieder, wobei Tripperherde in der Vorsteherdrüse konstatiert wurden. Goldenberg[4] betont ebenfalls die Wirksamkeit des Protargols und das Ausbleiben jeder Reizwirkung (60 Beobachtungen). Kreissl[5] beobachtete das Verschwinden der subjektiven Erscheinungen nach 24 Stunden, bedeutende Abnahme des Ausflusses nach 2—3 Tagen und konstantes Fehlen der Gonokokken im Sekrete höchstens nach 16 Tagen. Während der ganzen Zeit der Beobachtung (drei Monate) sah Kreissl kein einziges Mal ein Hinübergreifen der Entzündung auf den hinteren Teil der Harnröhre. Ohne im Protargol ein Panaceum für jede Art Urethritis gonorrhoica zu sehen, im Gegenteil das Argonin betreffs seiner Tiefenwirkung und das Argentamin und Argentum nitricum bei verschleppten Fällen höher stellend, betrachtet er trotzdem das Protargol als ein Antigonorrhoicum par excellence in frischen, nicht eine Woche überschreitenden Fällen von akuter Urethritis gonorrhoica.

Im Gegensatz zu Neisser, dem Anhänger der frühzeitigen Therapie des Trippers, huldigte Finger[6] bis unlängst der abwartenden Methode, die von einer lokalen Behandlung absieht, so lange die Entzündung nicht ihren Kulminationspunkt überschritten hat. Jetzt ging auch Finger zu denen über, die die Gonorrhoe sofort nach ihrem Auftreten behandeln.[7] Über das Protargol spricht er sich in folgender Weise aus:[8] Es ist ein

---

[2] Benario, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. No. 49.

[3] Ruggles, *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg.* Dez. 1897; referiert im *Wratsch.* 1898. No. 1.

[4] Goldenberg, *New York med. Journ.* 22. Jan. 1898; *Wratsch.* 1898. No. 11.

[5] Kreissl, *Derm. Centralbl.* April 1898.

[6] Finger, Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. III. Aufl.; russische Übersetzung 1894, S. 133.

[7] Finger, Die moderne Therapie der Gonorrhoe. 1900.

[8] Finger, *Die Heilkunde.* März 1898; *Wratsch.* 1898. No. 17.

sehr wirksames Antigonorrhoicum, welches sehr frühzeitig angewendet in der Mehrzahl der Fälle einen raschen und günstigen Verlauf des Trippers verursacht; die Gonokokken verschwinden rasch und die Entzündung greift nicht auf den hinteren Teil der Harnröhre über; auf die bereits entwickelte Gonorrhoe sowohl der vorderen wie auch der hinteren Harnröhre wirkt das Protargol ebenfalls günstig, aber nicht immer. Allein zur Abkürzung der Behandlung trägt das Mittel nicht bedeutend bei, indem die Behandlung wochenlang dauern muſs, wobei zuletzt doch adstringierend-antiseptische Mittel anzuwenden sind, die die Gewebe von den Gonokokken befreien und vor Rezidiven schützen. In chronischen Fällen hat das Protargol keinen Wert." H. Fournier[9] lobt sehr das 2%ige Protargol, das während vier Wochen angewendet werden soll, wo aber adstringierende Mittel unentbehrlich sind. Dies trifft aber nur für Kranke, die zum ersten Male an Gonorrhoe leiden, zu; bei der zweiten Ansteckung ist die Wirkung des Mittels unsicher. Es wird auch von demselben Autor die Möglichkeit einer zwar bakterienfreien, aber sehr reichlichen Sekretion erwähnt, falls zur Injektion zu starke Lösungen verwendet werden. Von den anderen Autoren hat Desnos[10] das Protargol bei Gonorrhoe der Harnröhre und Blase angewendet und hebt besonders die dabei beobachteten geringen subjektiven Beschwerden hervor; Frank[11] erzielte bei abortiver Behandlung des Trippers mit 2%iger Protargol-Glycerinlösung sehr gute Erfolge; Budugow[12] endlich, indem er das Protargol sehr lobt, bemerkt aber, daſs man erst nach dem Zurücktreten des akuten Stadiums die besten Erfolge erzielt.

Neben den obengenannten und noch anderen günstigen Stimmen fehlt es auch nicht an ungünstigen. Nach der Meinung Lohnsteins[13] z. B. ist das Protargol zwar wirksamer als das Argentamin und Argonin, steht aber dem Lapis zurück, und zeichnet sich hauptsächlich durch seine sogar bei längerer Anwendung nicht reizende Wirkung auf die Schleimhaut der Harnröhre aus. Es eignen sich daher, nach Lohnstein, zur Behandlung mit Protargol: 1. Fälle mit besonderer Empfindlichkeit der Schleimhaut, 2. Fälle, wo gleichzeitig chemisch und mechanisch eingewirkt werden darf. Überhaupt hält Lohnstein die Lobpreisungen auf das Protargol für ganz unberechtigt. — Massé[14] wieder verglich die Wirkung reichlicher Ausspülungen der Harnröhre mit übermangansaurem Kalium und

---

[9] H. Fournier, *Journ. d. mal. cut. et syphil.* Juni 1898; *Wratsch.* 1898. No. 32.
[10] Desnos, *Ann. d. mal. d. org. gén.-urin.* Juli 1898; *Wratsch.* 1898. No. 39.
[11] Frank, *Allg. med. Centralztg.* 18. Jan. 1899; referiert in diesen *Monatsheften.* Bd. 29, No. 7.
[12] Budugow, *Wratsch.* 1899. No. 3. Sitzungsbericht der russ. syphilidolog.-dermatolog. Gesellschaft.
[13] Lohnstein, *Allg. med. Centralztg.* 2. März 1898; diese *Monatshefte.* Bd. 28, No. 3.
[14] Massé, *Journ. d. mal. cut. et syphil.* Sept. 1898; *Wratsch.* 1898. No. 40.

Protargol, und fand, dafs, obwohl das letztere fast immer von den Kranken sehr gut vertragen wurde, doch zuweilen danach ein unangenehmes Brennen in der Harnröhre und schmerzhafte Krämpfe im Rectum und Anus auftraten. Aus seinen Beobachtungen (zu je 30 auf jedes Mittel) zieht Massé den Schlufs, dafs reichliche Ausspülungen mit Protargol weniger gut wirken, als diejenigen mit Kalium permanganicum. — Prof. Tarnowsky[15] (aus Petersburg) glaubt, das Protargol als Silberverbindung könnte natürlich ein gutes Mittel sein, er selbst aber sah keine besonderen Erfolge davon. Noch viel weniger vorteilhaft über unser Mittel spricht sich Berg[16] aus: das Protargol verursache sehr starkes Brennen, was bei anderen nicht minder wirksamen Mitteln, wie z. B. bei Resorcin, nicht der Fall sei; die von Neisser empfohlenen prolongierten Injektionen seien unbequem und geben Veranlassung zum Übergreifen der Entzündung auf die hintere Harnröhre; das Protargol, im Vergleiche mit anderen Mitteln, kürze die Krankheitsdauer nicht ab. — Kleinmann[17] sah von dem Protargol mehr ungünstige als günstige Fälle, lobt es aber wegen seiner Reizlosigkeit und der Seltenheit der Komplikationen bei seiner Anwendung. — Zu den sichersten und ausschlaggebendsten gehören, meiner Meinung nach, die Beobachtungen von Tipcew[18], nicht etwa weil er sich streng an die Vorschriften Neissers hielt (zweimal täglich Einspritzungen zu je 5 Minuten, einmal — eine halbe Stunde), sondern hauptsächlich deshalb, weil er täglich das Sekret untersuchte oder — falls das letzte aus irgend welchen Gründen fehlte — den Harn resp. die Tripperfäden, genau nach Bakterien und morphologischen Elementen durchforschend. Die tägliche mikroskopische Untersuchung ist notwendig, da — wie sich Tipcew überzeugen konnte — nicht blofs bei der chronischen sondern auch bei der akuten Gonorrhoe die Gonokokken oft fehlen können: nach 2—3 Wochen vom Beginn der Krankheit verschwanden die Gonokokken auf einige Tage, dann tauchten sie auf 1—2 Tage wieder auf, um wieder zu verschwinden. Es genügt auch nicht die Untersuchung täglich zu machen, sondern sie muss sehr lange fortgesetzt werden, wenn man nicht einen Fehler begehen und einen Fall für geheilt betrachten will dort, wo die Gonorrhoe latent ist. Einer der Patienten von Tipcew hatte während 27 Tage kein Sekret (vom 4. bis 31. Krankheitstage), und nur ganz wenige Fäden, die Eiterkörperchen enthielten, deuteten auf den noch dauernden Krankheitsprozefs hin, als plötzlich sich am 32. Krankheitstage ein spärliches eitriges Sekret zeigte, am 35., 37. und 41. Tage konnte man im Sekret Gonokokken nachweisen. Von den 25 Kranken

---

[15] Diskussion über die Vorlesung Budugows. *Wratsch.* 1899. No. 9.
[16] Berg, *Ther. Monatsh.* Mai 1899; diese *Monatshefte.* Bd. 29, No. 7.
[17] Kleinmann, *Wratsch.* 1899. No. 27.
[18] Tipcew, *Wratsch.* 1899. No. 40—42.

Tipchws waren 18 mit akuter, 4 mit subakuter und 3 mit chronischer Gonorrhoe behaftet. Da von den ersten 18 Fällen nur in 7 (38, 8%) die Gonokokken nach dem 30. Behandlungstage nicht zu finden waren und in 4 Fällen (22, 2%) nach dem 30. Krankheitstage, abgesehen davon, dafs man bei diesen Kranken im Sekrete und in den Fäden Eiter fand, da sich auf 25 Fälle sechsmal (24%) Komplikationen einstellten und da in vielen Fällen die Krankheit insofern einen chronischen Charakter annahm, als gewöhnliche Einspritzungen ohne Einfluſs blieben, kommt Tipchw zu dem Schluſs, dafs das Protargol die grossen von Neisser auf ihm gebauten Hoffnungen nicht erfüllt hat und im besten Falle nur an die unzählig in der Gonorrhoetherapie angewendeten Mittel angereiht werden kann.

Indem ich zu meinen Beobachtungen übergehe, bin ich mir vollkommen bewuſst, dafs mir der Vorwurf gemacht werden kann, dafs ich in 6 Fällen auf Gonokokken gar nicht untersucht habe und in den übrigen Fällen nur eine ungenügende Zahl von Untersuchungen angebe, folglich dafs es meinem Material an der Genauigkeit, die den ad hoc angestellten klinischen Untersuchungen eigen sei, mangelt. In der That, stammen sämtliche meine Beobachtungen aus der Privatpraxis, wo man, leider, nur zu häufig seines Krankenmaterials nicht Herr ist. Wenn ich trotzdem solch ein in mancher Hinsicht mangelhaftes Material veröffentliche, thue ich es in der auch von vielen vorurteilsfreien Beobachtern geteilten Überzeugung, dafs, ungeachtet der aetiologischen Bedeutung der Neisserschen Gonokokken, die Thatsache des Fehlens dieser Mikrobien sowohl im allgemeinen wie auch in einem speziellen Falle für die Diagnose der Gonorrhoe nicht ausschlaggebend sei, ebenso wie wir aus der grösseren oder geringeren Zahl der Mikrobien keine prognostischen Schlüsse ziehen dürfen. Gleich anderen Beobachtern konnte auch ich mich öfters überzeugen, dafs, obwohl die Gonokokken längere Zeit im Sekrete fehlten, sie dann plötzlich wieder auftreten, dafs also das negative Resultat einer wenn auch wiederholt ausgeführten mikroskopischen Untersuchung uns kein Recht giebt auf das vollständige und endgültige Verschwinden der Gonokokken zu schliessen. Eo ipso gewinnt das Gesamtbild der klinischen Erscheinungen an höchster Bedeutung. Es kommt doch häufig vor, dafs wir in den ersten Tagen der Erkrankung, trotz negativen Befundes unter dem Mikroskop, ausschliefslich auf Grund der klinischen Symptome, auf Gonorrhoe die Diagnose stellen, und erst eine spätere mikroskopische Untersuchung unsere Diagnose bestätigt. Und ebenfalls betrachten wir einen Fall für geheilt nicht dann, wie es Neisser will, wenn wir keine Gonokokken mehr finden, sondern vielmehr, in Übereinstimmung mit Finger,[19] wenn auch keine

[19] Finger, Die Blennorrhoe der Sexualorgane etc.; russ. Übersetzung S. 168.

Eiterkörperchen mehr vorhanden sind oder — richtiger gesagt — wenn der Harn von Fäden, mit (leider, nicht seltener) Ausnahme der Schleim- oder Epithelfäden, frei ist. Mein Krankenmaterial umfaßt 22 Fälle, von denen 13 akute und 9 subakute. Die zwei beigefügten Tabellen enthalten genauere Angaben über deren Krankengeschichten. Das Protargol wurde von dem ersten Besuch des Kranken an angewendet. Mit einer $^1/_4$%igen Lösung beginnend und ungefähr jede 3 Tage steigend, kam ich zu einer 1%igen Lösung in 11 Fällen, zu einer $1^1/_4$%igen in 2 Fällen und zu einer $1^1/_2$%igen in 3 Fällen; nur in 6 Fällen fing ich an mit einer 0,1—0,2% Lösung; in einem Falle blieb ich stehen bei $^1/_2$%igem Protargol, in Folge eingetretener Komplikation; in 5 Fällen — bei $^3/_4$%igen, in Folge von Schmerzen bei den Einspritzungen. Die Einspritzungen wurden dreimal täglich ausgeführt, wobei das Medikament von 5 bis 15 Minuten, manchmal noch länger in der Harnröhre zurückblieb. Nur ein einziges Mal war ich im stande den Neisserschen Rat — die prolongierte Injektion — auszuführen, bei einem Patienten, der mich zweimal täglich besuchte. Dieser Rat, wie ich mich immerfort überzeuge, ist in der Privatpraxis unausführbar. In Betracht aber der von Neisser selbst betonten Möglichkeit des Einfließens des Medikaments in die hintere Harnröhre, infolge des nachlassenden Sphinkterkrampfes, in Betracht also der Möglichkeit von Komplikationen, halte ich — in Übereinstimmung mit anderen Beobachtern — die Neisserschen prolongierten Injektionen sogar für schädlich. Dagegen befolgte ich den anderen Rat Neissers: die Protargolbehandlung eher zu lange Zeit, als zu kurze anzuwenden. Die Dauer der Behandlung (nach Ausschluss der schon frühzeitig komplizierten Fälle) war: a) bei akuten Fällen nicht weniger als 24, nicht länger als 55 Tage, durchschnittlich 36,8 Tage; b) in subakuten Fällen — entsprechend 20, 40, 29 Tage.

Vom Neisserschen Standpunkt aus stellt das Verschwinden der Gonokokken gewiss die wichtigste Frage dar. Wie verhielten sich nun diese Mikrobien bei meinen Beobachtungen? In den akuten Fällen fand ich keine Gonokokken am 5., 15., 23., 28. Behandlungstage; in den subakuten: am 12., 17., 21. Tage. Obwohl diese Zahlen ungenügend erscheinen werden, so glaube ich doch nicht, daß meine Resultate ohne Wert sein sollen, besonders die positiven Resultate. Und so fand ich Gonokokken in den akuten Fällen — am 13., 14. (reichlich!), 17. (reichlich!), 21. (reichlich!), 26. (reichlich!) und sogar am 38. Behandlungstage; in den subakuten — am 6., 16. (wenig) und 17. (wenig) Behandlungstage. Von besonderer Wichtigkeit ist aber die Thatsache, daß Gonokokken noch am 38. Behandlungstage eben bei einem Patienten konstatiert wurden, bei welchem ich sie erst am 16. Tage zum erstenmale, zwar in reichlicher Zahl, gefunden hatte, während weder

anfangs (2. Krankheitstag), trotz unzählbarer Eiterkörperchen, noch am 5. Tage irgendwelche Gonokokken zu finden waren. Es ist also richtig, was Tipcew behauptet, dafs die Zahl der nach aufsen erscheinenden Gonokokken sehr wechselnd ist, und dafs die mikroskopischen Untersuchungen, wenn sie überhaupt zum Ziele führen sollen, täglich und lange Zeit hindurch ausgeführt werden müssen, denn sonst verlieren die negativen Befunde ganz und gar den nicht allzugrofsen Wert, der ihnen überhaupt gebührt. Wie soll man sich nach alledem zu den von Neisser und noch mehr von anderen Autoren so gelobten antiseptischen Eigenschaften des Protargols stellen? Schon die Tatsache, dafs die Gonokokken nicht beständig im Sekrete und in den Tripperfäden erscheinen, zwingt uns die Protargoleinspritzungen möglichst lange fortzusetzen, wobei wir vor einem Wiedererscheinen der spezifischen Mikrobien gar nicht sicher sind. Wenn wir sogar annehmen wollten, dafs in den oben citierten Tagen der Gonokokkenbefund wirklich zum letztenmale positiv war, so bekommen wir im Durchschnitt 20½ Tage. Unter solchen Umständen aber ist es wirklich schwer von besonderen antiseptischen Eigenschaften eines Mittels zu sprechen, welches im Durchschnitt so viel Zeit braucht, um die Krankheitserreger zu vernichten.

Was den Einfluss des Protargols auf die klinischen Erscheinungen anbetrifft, so mufs ich denselben als sehr wohlthuend bezeichnen. Schon in den ersten Tagen, zuweilen schon am zweiten Tage der Behandlung nehmen die Schmerzen während oder nach dem Urinlassen bedeutend ab oder lassen überhaupt ganz nach. Die Sekretion wird viel geringer, der Ausflufs hört auf, der Harn wird immer weniger trübe und nach einigen Tagen ganz klar, nur noch Tripperfäden enthaltend. In dieser Hinsicht teile ich nicht nur die Meinung von Neisser und Anderen, sondern behaupte von keinem anderen Mittel einen so guten Erfolg gesehen zu haben. Aufserdem gehört das Protargol — obwohl es im ersten Moment ein schmerzhaftes Brennen verursacht, wovon ich mehrmals Gelegenheit hatte mich zu überzeugen, indem ich die erste Einspritzung den Patienten selbst machte — zu den sehr milden und nicht reizenden Mitteln, sogar bei ganz akuten Erscheinungen. Nur ein einziges Mal trat eine Blutung aus der Harnröhre auf nach Einspritzung einer ¼% igen Lösung, bei einem Patienten mit sehr akuten Trippererscheinungen und phthisischem Habitus; ich zögerte aber, dies der Wirkung des Medikamentes zuzuschreiben. Was ich aber bemerkt habe und noch immerfort bemerke, ausnahmslos bei allen meinen Patienten, ist, dafs so milde Eigenschaften das Protargol in schwachen Lösungen besitzt, so sehr es in stärkeren Konzentrationen die Harnröhre reizt. Das Sekret wird reichlicher, zuweilen sammelt es sich in der Fossa navicularis in der Form eines Zäpfchens an, zuweilen kommt es sogar zum Ausfliessen; der Harn wird

wieder trübe, und dies in höherem Grade als je, der Schmerz kehrt zurück. Untersuchen wir jetzt das Sekret mikroskopisch, so finden wir das ganze Sehfeld von Leukocyten, zuweilen mit geringen Beimengungen von Schleim und Harnröhrenepithelien besäet. Das Vorhandensein dieser letzteren im Sekrete und den Fäden glaubt TIPCHW auf eine Desquamation der Urethralschleimhaut, also auf ein Eindringen des Protargols in die tieferen Schichten derselben, zurückführen zu dürfen. Ich für mein Teil betrachte die Anwesenheit der Epithelien als Folge der durch starke Protargollösungen hervorgerufenen Reaktion. Die gereizten Blutgefäfse der subepithelialen Schicht erweitern sich und lassen eine viel gröfsere, als bis jetzt, Zahl von Leukocyten durch, die nach der Oberfläche zwischen den Epithelien durchdringend, die letzteren aus ihren Stellen mitreifsen. Und in der That, wenn wir die Einspritzungen mit Protargol oder überhaupt jede Behandlung aussetzen, so vermindert sich auch beträchtlich die Zahl der Leukocyten, die Epithelien erscheinen aber noch eine Zeitlang infolge von Desquamation der regenerierenden Epitheldecke der Harnröhre.

Nehmen wir an, dafs wir den Patienten einer energischen und entsprechend lange dauernden Behandlung mit Protargol unterworfen haben. Ist er von seinem Leiden befreit? Nein. Und ich erkläre kategorisch keinen Fall in meiner Praxis gesehen zu haben, der nur mit Protargol behandelt geheilt sein sollte. Immer war eine Nachbehandlung mit adstringierenden oder anderen Methoden nötig. Die Nachbehandlung dauerte (abgesehen von den komplizierten Fällen) in akuten Fällen minimum 17, maximum 84 Tage, durchschnittlich 43 Tage; in subakuten Fällen: 15, 96, 50 Tage.

Es bleibt uns noch übrig die Frage nach der Häufigkeit der Komplikationen zu erörtern.

Tabelle der Komplikationen

a) während der Protargolbehandlung		b) während der Nachbehandlung	
α) akute Fälle	β) subakute	α) akute Fälle	β) subakute
Fall VI: Urethr. post. am 10. Behandlungstage. Fall VII: Urethr. post. am 20. Behandlungstage. Fall X: Urethr. post. Prostat. am 88. Behandlungstage. Fall XI: Urethr. post. am 10. Behandlungstage. Fall XII: Urethr. post. am 28. Behandlungstage. Fall XIII: Urethr. post. am 16. Behandlungstage.	Keine Komplikationen.	Fall III: Urethr. post. Urethrocystit. am 58. Behandlungstage. Fall VIII: Urethr. post. am 50. Behandlungstage.	Fall VIII: Leichte Reizung der hinteren Harnröhre am 51. Behandlungstage.

Tabelle I,

die wichtigsten Daten aus den Krankheitsgeschichten der akuten Fälle enthaltend.

No. der Beobachtung	Zum wievielten Male infiziert?	Inkubationsdauer	An welchem Tage der Krankheit begann die Behandlung?	Die ersten Hauptserscheinungen	Resultat der mikroskopischen Untersuchung am 1. Tage der Behandlung	%ige Lösung des Protargols	Dauer der Protargolbehandlung	Klinischer Verlauf der Krankheit während der Protargolbehandlung	Resultat der mikroskopischen Untersuchung während der Protargolbehandlung	Wurde vollständige Heilung mit Protargol erzielt?	Nachbehandlung	Endgültiges Resultat der Behandlung überhaupt	Komplikationen	
													während der Protargolbeh.	während der Nachbehandl.
1.	I.	4 Tage	II.	Stark. Schmerz während und nach d. Harnen. Reichl. eitriger Ausfluss. Harn (1. Portion) sehr trübe.	Zahlreiche Leukoc. u. zahlreiche Gonok. im Sekrete.	0,1 bis 1,25	55 Tage	4. Behandlungstag: Sekretmenge geringer, Harn klarer. 5. Harn wird ohne Schmerz gelassen. 6. Sekretion bedeutend vermindert. 9. Harn klar.	15. keine Gonokokken. 44. noch zahlreiche Leukocyten. 46. spärliche Leukocyten.	Nein. Tripperfäden im klaren Urin.	Adstring. durch 17 Tage.	Heilung; der erste Morgenurin enthält etwas Schleim.		
2.	I.	3 Tage	II.	Schmerz. Harn trübe. Sekretion gering.	Zahlreiche Leukocyt., keine Gonokokken.	0,1 bis 1	48 Tage	2. keine Schmerzen mehr. 5. Harn klar. 10. Verschlimmerung: eitr. Sekretion, Schmerz, Präputium geschwollen (Wein!). 15. Zustand gut. Mit steigender Konzentration des Protargols treten auf: Schmerz, trüber Harn, eitrige Sekretion. Aussetzen der Behandl. bringt die Beschw. z. Verschw.	5. ausschliessl. Schleim. 16. Leukocyt. u. Gonok. reichl. 38. viel Leukoc. wenig Gonok. 46. wen. Leukoc. keine Gonok	Nein.	Adstring. durch 30 Tage.	Heilung; ut supra.		
3.	I.	2 Tage	II.	Schmerz. Harn trübe. Sekretion reichlich.	Viel Schleim, wenig Leukocyt., reichliche Gonok.	0,2 bis 0,75	30 Tage	7. keine Schmerzen mehr, Harn klar, Ausfluss bald da, bald nicht, ersteres nach jedesmal. Steigen der Protargolkonzentration.	14. viel Schleim, viel Leukocyt., wenige Gonok. 28. Schleim, Leukocyt., Epithelien.	Nein. Viele Tripperfäd. im Harn.	Adstring. durch 84 Tage.	Heilung; ut supra.		Ureth. post. Urethroc.
4.	?	?	XV.	Eitrige Sekretion. Schmerz. 1. Harnportion trübe.	Schleim, reichliche Leukocyt., keine Gonokokken	0,2 bis 1	30 Tage	5. Harn klar, schmerzhafte Erektionen. Aus dem Orif. extern. lässt sich ein dickeitr. Zäpfchen herausdrücken. Im weiteren Verlaufe enthält der Harn viele Fäden. Stärkere Protargollösungen rufen Verschlimmerung hervor.	?	Nein.	Patient verreist.			
5.	I.	3 Tage	V.	Schmerzhaftes Urinlassen. Harn trübe. Mässige Sekretion.	?	0,25 bis 1,5	26 Tage	3. kein Ausfluss, keine Schmerzen. Harn (1. Portion) klar, fädenhaltig. Bei stärkeren Lösungen kehrt der Ausfluss zurück, aus der Harnröhre lässt sich viel dicker Schleimeiter herausdrücken, der Harn wird sehr trübe (1. Portion).	13. viel Schleim, wenige Leukoc. u. Gonok. 23. viel Schleim, zahlr. Leukoc. wenige Epith.	Nein. Der Harn ist trübe und enthält viele Fäden.	Adstring. durch 40 Tage.	Heilung; Morgenharn (1. Portion) enthält ein wenig Schleim.		

6.	I.	9 (7) Tage	II.	Schleimeitrige Sekretion, leichtes Brennen im Orif. ext. Harn trübe.	?	0,25 bis 0,75	40 Tage	5. kein Ausfluſs, keine subjektiven Beschwerden. Harn fast klar, einige Fäden enthaltend. 9. intensiver Schmerz in der Pars gland., reichlicher eitriger Ausfluſs. 10. Urethritis posterior.	14. viel Schleim, zahlreiche Leukocyten, zahlreiche Gonokokken.	Nein.	Ausspülungen d. total. Urethra, Instillationen mit Arg. nitr. Adstring. in die Pars ant.	Heilung; Morgenharn (1. Portion) klar, 2—3 minimale Fädchen, die sich mikroskopisch als rein schleimige darstellen; 2., 3. Portion vollständ. rein.	Urethritis post.	Epididymitis sin.
7.	I.	2 Tage	I.	Sehr schmerzhaftes Urinlassen. Reichl. Ausfluſs. Urin trübe.	?	0,25 bis 0,5	20 Tage	6. keine Schmerzen, Ausfluſs mäſsig, Harn klar, wenige Fäden enthaltend. 20. Urethritis post.	?	Nein.	Idem.	Idem.	Urethrit. post.	
8.	I.	3 Tage	I.	Geringer Schmerz währ. d. Urinlassens. Ausfl. gering. Urin trübe.	?	0,25 bis 1	24 Tage	4. Schmerzenfrei. 8. kein Ausfluſs, Harn (1. Portion) klar. Stärkere Lösungen rufen Eiterung und Trübung des Harnes hervor.	?	Nein.	Adstring. durch 24 Tage, danach Instillat.	Idem.		Urethrit. post.
9.	I.	6 Tage	II.	Idem.	?	0,25 bis 1	34 Tage	4. keine Schmerzen, Ausfluſs vermindert, Harn klar. Stärkere Lösungen: Schmerz, Ausfluſs, trüber Urin.	?	Nein.	Adstring. durch 60 Tage.			
10.	I.	4 Tage	II.	Idem.	Wenig Schleim, zahlreiche Leukocyt., zahlreiche Gonok.	0,25 bis 1,5	36 Tage	3. Schmerz geringer, Ausfluſs nicht vergröſsert, Harn etwas trübe. 6. kein Schmerz, Ausfluſs gering, Harn trübe. Bei stärkeren Protargollösungen treten Symptome v. Verschlimmerung auf. 26. (ohne Behandlung): subjektiver Zustand gut; Harn: 1. Portion klar, einige Fäden enthaltend; 2. Portion rein.	26. Das aus der Urethra ausgedrückte Sekret enthält ausschlieſslich Leukocyten u. zahlreiche Gonokokken.	Nein.	Ausspülungen d. total. Urethra, Instillationen mit Arg. nitr.	Morgenharn enthält zieml. viel Schleim.	Urethr. post. Prostatitis.	
11.	I.	3 Tage	III.	Idem.	Zahlreiche Leukocyt. und Gonok.	0,25 bis 1,25	50 Tage	2. Ausfluſs sehr gering, Harn viel reiner, sonst Verlauf wie oben.	17. viel Schleim, zahlr. Leukoc., sehr zahlr. Gonokokken.	Nein.	Adstring. durch 4 Wochen.	Heilung; im Morgenharn ein wenig Schleim.	Urethr. post.	
12.	I.	3 Tage	II.	Idem.	Ausschl. Leukocyt. u. Gonok.	0,25 bis 1	35 Tage	5. Schmerz sehr gering, kein Ausfluſs, Sekret nur b. Ausdrücken. 8. keine Schmerzen. 21. beim Gebrauch von 1% igem Protargol: schmerzhaftes Urinieren und reichl. Sekretion. 28. Urethr. post.	21. wenig Schleim, sonst lauter Leukoc. u. zahlreiche Gonokokken.	Nein.	Patient verreist.		Urethritis poster.	
13.	I.	3 Tage	II.	Idem.	?	0,25 bis 0,75	10 Tage	3. Schmerz geringer, Sekretion noch reichlich, von schleimeitriger Beschaffenheit, Urin (1. Portion) trübe. 7. Harn klar. Urinlassen ohne Schmerz; denselben Tag nach Verwendung von 3/4% igem Protargal dem des Präputiums. 13. Urethritis posterior.	?	Nein.	Idem.		Urithritis post.	

Tabelle II,

die wichtigsten Daten aus den Krankheitsgeschichten der subakuten Fälle enthaltend.

No. der Beobachtung Zum wievielten Male infiziert?	Inkubationsdauer	An welchem Tage der Krankheit begann die Behandlung?	Die ersten Hauptserscheinungen	Resultat der mikroskopischen Untersuchung am 1. Tage der Behandlung	%ige Lösung des Protargols	Dauer der Protargolbehandlung	Klinischer Verlauf der Krankheit während der Protargolbehandlung	Resultat der mikroskopischen Untersuchung während der Protargolbehandlung (hauptsächlich)	Wurde vollständige Heilung mit Protargol erzielt?	Nachbehandlung	Endgültiges Resultat der Behandlung überhaupt	Komplikationen: während der Protargolbeh.	Komplikationen: während der Nachbehandl.
1. III.	3 Tage	IV.	Geringer Ausfluſs. Geringe Schmerzen. Harn trübe (1. Portion).	Wenige Leukocyt., zahlreiche Gonok.	0,1 bis 1	39 Tage	3. Behandlungstag: keine Schmerzen. 7. Harn klar. 12. Ausfluſs verschwunden; beim Ausdrücken der Glans zeigt sich Sekret inkonstant. Stärkere Protargollösungen rufen Schmerz und Harntrübung hervor.	12. wenige Leukoc. ohne Gonokokken. 29. wenige Leukoc. ohne Gonok., viel Schleim, mäſs. Urethralepith.	Nein. Der Urin enthält Fäden.	Adstring. durch 64 Tage.	Heilung; Morgenharn (1. Portion) enthält 1—2 Schleimfädch.		
2. I.	3 Tage	IV.	Schmershaftes Urinieren, trüber Urin, mäſsige Sekretion.	Schleim, ziemlich zahlreiche Leukocyt., spärliche Gonok.	0,2 bis 0,75	33 Tage	5. Harn klar, weder Schmerz noch Ausfluſs, Sekret spärlich. Im weiteren Verlaufe verursachen stärkere Protargollösungen Schmerz und bedeutende Harntrübung.	21. Schleim, zahlr. Leukoc. ohne Gonok., 30. Schleim, spärl. Leukoc., spärl. Epithel.	Nein.	Adstring.; dann Instillation., zus. durch 96 Tage.	Heilung; ut supra.		
3. III.	3 Tage	X.	Schleimeitrige Sekretion, trüber Harn.	?	0,25 bis 1	28 Tage	Erst 19. Urin klar; sonst wie oben.	?	Nein.	Adstring. durch 30 Tage.	Heilung; Urin vollständig rein.		
4. III.	4 Tage	VII.	Schmerzhaftes Urinieren, mäſsiger Ausfluſs.	?	0,25 bis 1	28 Tage	6. Sekret geringer, keine Schmerzen, Urin trübe. Sonst wie oben.	?	Nein.	Adstring.; dann Instillation., zus. durch 57 Tage.	Heilung; Morgenurin (1. Portion) enthält ein wenig Schleim.		
5. IV.	3—4 Tage	IV.	Schmerz gering. Sekretion reichlich. Urin sehr trübe.	?	0,25 bis 1,5	40 Tage	10. nur Kitzeln, Sekret gering, Harn klar mit zahlreichen Fäden. Sonst wie oben.	?	Nein.	Adstring. durch 25 Tage.	Heilung; ut supra.		

6.	III.	3 Tage	II.	Kitzeln im Orif. ext. urethrae. Ausfluß gering. Urin klar u. wenige Fäden enthaltend.	Viel Schleim, zieml. viele Leukocyt., Gonok. in mäßiger Menge.	0,25 bis 1	27 Tage	7. spärliches Sekret, Harn klar. Im weiteren Verlauf ruft das Protargol, trotz gleichzeitiger Anwendung adstringierender Mittel, reichliche Sekretion und bedeutende Harntrübung hervor.	?	Nein.	Adstring.; dann Instillation., zu. durch 48 Tage.	ut supra.		
7.	I.	?	VIII. Woche v. Beginn d. Krankh. u. Behandl.	Reichliche schleimeitrige Sekretion. Harn (1. Port.) klar, viele Fäden; 2. Portion rein.	Wenig Schleim, fast lauter Leukocyt., hier und da Gonok.-Häufchen.	0,25 bis 1	20 Tage	4. Sekretion noch reichlich, Harn klar. Bei Anwendung stärkerer Protargollösungen Verschlimmerung, die nach Aussetzen des Medikamentes zurücktritt.	17. Schleim, Leukocyten in großer Menge, spärliche Epithelien.	Nein.	Adstring. durch 60 Tage.	ut supra.		
8.	II.	3 Tage	II.	Kitzeln in der Harnröhre. Reichliche Sekretion. Harn (1. Port.) trübe.	Zahlreiche Leukocyt., u. Gonok.	0,25 bis 1	20 Tage	3. Sekretion geringer, Harn klar, fädenhaltig. Sonst wie oben.	17. Schleim, ziemL. zahlr. Leukocyten, wenige Gonok. Nach 2½ Mon. zahlr. Leukoc., Bakterien u. nichtspezif. Diplokokken in imm. Zahl. Nach 3 Mon. wenig Schleim, spärl. Leukoc., zahlr. Epithel.	Nein.	Adstring. durch 50 T.; dann Ausspülungen d. vorderen Harnröhre mit Arg. nitr. binnen 8 Tagen.	Heilung; Sekret weder morgens noch bei Tage. 1. Morgenharn rein bis auf Schleimspuren		Leicht. Reiz. d. h. Harnr. am 51. T. d. Beh., d. nur 4 T. d.
9.	I.	?	Nach 10 wöchentlicher Behandl.	Beim Andrücken der Glans reichliches Sekret. Harn (1. Port.) etwas trübe mit vielen Fäden; 2. Portion rein.	Zahlreiche Leukocyt. u. Gonok.	0,3 bis 0,75	20 Tage	6. Stat. idem, 1. Harnportion trübe. 10. spärliches Sekret, Harn trübe, Protargoleinspritzungen rufen Schmerz hervor. 16. nach 24stündlichem Nichteinspritzen sehr spärliches Sekret, Harn klar mit sehr kleinen Fäden. 20. nach ¾%iger Protargoleinspritzung heftiger Schmerz, reichliche Sekretion, subjektiver Zustand entschieden schlimmer; alle diese Symptome nehmen nach 24stündlicher Pause in der Behandlung schnell ab.	6. spärliche Leukocyten u. Gonokokken. 16. Schleim, wenige Leukoc. u. Gonok. 20. lauter Schleim, hier und da einz. Leukocyten.	Nein.	Adstring. durch 15 Tage.	Heilung; ut supra.		

Es stellt sich also heraus, dafs während der Protargolbehandlung auf 13 akute Fälle sechsmal Komplikationen eingetreten sind (46 %); bei subakuten Fällen waren keine Komplikationen; im Durchschnitt also 27%. In der Nachbehandlungsperiode traten Komplikationen zweimal auf 13 akute (15 %) und einmal auf 9 subakute Fälle ein. Das Verhältnis sämtlicher Komplikationen zur Gesamtsumme der Beobachtungen betrug 41%. Die Zahl allein für sich ist nicht gering; im Vergleich aber zu den von anderen Autoren angegebenen Zahlen (z. B. FINGER 63% für die Privatpraxis und 82% für die poliklinische Praxis; JADASSOHN 87,7%; ERAUD 80%; LETZEL 92,5%)[20] zeigt sie einen bedeutenden Fortschritt.

Schlufsergebnisse: 1. Das Protargol in schwachen Lösungen ist ein mildes Mittel, welches schon in den ersten Tagen der Gonorrhoe angewendet werden kann, im Gegensatz zur abwartenden, kaum begründeten Therapie; starke Konzentrationen des Mittels wirken entschieden reizend auf die Harnröhrenschleimhaut. 2. Es wirkt gonokokkentötend, aber sehr langsam, jedenfalls nicht rascher als andere Mittel. 3. Die wohlthuende Wirkung der schwachen Lösungen des Protargols scheint nicht bloſs durch die antiseptischen, sondern auch durch die adstringierenden Eigenschaften des Mittels bestimmt zu sein. 4. Das Protargol verhütet die Komplikationen nicht; es scheint aber, dafs sie bei der Protargoltherapie seltener auftreten, als bei Behandlung mit anderen Mitteln. 5. Es heilt die Entzündung der Harnröhre endgültig nicht, daher die Notwendigkeit einer Nachbehandlung mit adstringierenden oder antiseptisch-adstringierenden Mitteln (z. B. Lapis). 6. Es kürzt die Behandlungsdauer, also den Verlauf der Krankheit nicht ab. 7. Es stellt kein hervorragendes, um desto weniger spezifisches Antigonorrhoicum dar.

---

[20] FINGER, Die Blennorrhoe der Sexualorgane etc.; russ. Übersetzung S. 71.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. November 1900.

Originalbericht von Dr. L. Bizard-Paris.

Pathogenese der Chlorakne, von Hallopeau. Prof. Chassérat hat die Freundlichkeit gehabt, Komedonen von einem Falle von Chlorakne zu untersuchen und dabei gefunden, daſs sich bei dem Patienten der Talg der acinösen Drüsen ganz so wie die Fette im allgemeinen bei Gegenwart von Chlor in statu nascendi verhält. Es hatte in diesem Falle den Anschein als ob das Chlor die sekretorische Thätigkeit der Talgdrüsen angeregt, die Konsistenz des Sebums und seinen Schmelzpunkt erhöht habe. Die Sekretion und Dilatation der Drüsen mit Bildung der Komedonen lassen sich auf chronischen Reizzustand zurückführen. Die schwarze Verfärbung der Komedonen wäre des weiteren eine Folge der Staubbeimischung.

Pemphigus vegetans Neumann, von Danlos. Der Beginn der Affektion bei diesem Patienten läſst sich auf den letzten April zurückführen. Damals zeigten sich weiſse Plaques im Munde mit Exfoliation der Schleimhaut; sodann trat in der Sternalgegend eine Blaseneruption auf. Bei seinem Eintritt ins Spital waren der Rumpf, die Leistengegend und die Achselhöhlen mit vegetierenden Flächen bedeckt, welche eine stinkende Flüssigkeit secernierten. Eine Besserung lieſs sich ausschlieſslich mit Wasserstoffsuperoxyd erzielen. Seit einiger Zeit geht die Eruption zurück; gleichzeitig stellte sich eine starke Diarrhoe ein und die Kachexie macht rapide Fortschritte. Der Patient hatte vor seiner Erkrankung keine Art von Intoxikation durch Medikamente durchgemacht. Im Blute hat Gastou eine deutliche Eosinophilie konstatiert.

Brocq: In dem einzigen Falle von Pemphigus vegetans, den ich je zu behandeln gehabt habe, handelte es sich um einen Bauern, der eine an aphtöser Infektion leidende Kuh besorgte und deren Milch trank, welchen Umstand ich hier betonen möchte. Das Auftreten von Diarrhoe im Augenblicke des Zurücktretens einer Eruption ist eine bei vielen groſsen Dermatosen häufig beobachte Thatsache und von sehr schlimmer Prognose.

Gastou: Wir haben einzelne der Läsionen histologisch untersucht und zwar sowohl Blasen als Vegetationen. In den Blasen sieht man sehr zahlreiche eosinophile Zellen. In den Vegetationen konstatiert man eine auſserordentliche Entwickelung der Cutispapillen mit Höhlen, welche mit zelligen Elementen angefüllt sind, unter welchen die eosinophilen Zellen vorherrschen. Spezifische Mikroorganismen haben wir keine gefunden. Die Blutkörperchenzählung ergab 8 700 000 rote und 21 weiſse Blutkörperchen, worunter 6 % eosinophile.

Leredde: Diese Veränderungen sind denen absolut analog, die ich bei der von Hallopeau unter dem Namen Dermatitis pustulosa et vegetans beschriebenen Affektion angetroffen habe.

Jacquet: Wir haben eine Frau beobachtet, welche plötzlich von äuſserst heftigem Jucken befallen wurde; sodann trat bei ihr im Munde und dann an den Genitalien eine Blaseneruption auf. Die Blasen vereiterten und fingen an zu wuchern. Von diesem Augenblicke an verursachte jede Art Reiz ulcerative und vegetierende Ausbrücke (Antipyrinmedikation, Flohstiche). Wir halten demnach dafür, daſs es keine spezifische Ursache giebt, keinen Pemphigus vegetans, sondern bloſs Patienten mit einer Disposition zu Wucherungen.

Intoxikation mit Sulfonalsalbe, von HALLOPEAU. Bei zwei Patienten mit prämykotischer Erythrodermie haben wir, nachdem wir bei ihnen während einiger Tage eine Sulfonalsalbe angewendet hatten, Intoxikationserscheinungen konstatiert. Dieselben verschwanden sofort, als die Einreibungen eingestellt wurden. Diese Thatsache beweist, dafs die Haut bei Patienten im prämykotischen Stadium aufserordentlich leicht resorbiert.

Ulceröse und vegetierende Hauttuberkulose nach einem Trauma, von DU CASTEL. Der Mann, den ich Ihnen vorstelle, ist 15 Jahre alt; in seiner Vorgeschichte läfst sich nichts pathologisches ausfindig machen. Beim Sturze aus einem Wagen machte er sich im Gesichte mehrere Wunden, welche rasch vernarbten. Kurze Zeit danach entstand aber eine Schwellung, welche wahrscheinlich auf Lymphdrüsenschwellung beruhte. Es mufste an einer Stelle ein Eiterherd incidiert werden. Seit dieser Zeit hat sich der entzündliche Prozefs über die ganze entsprechende Halsseite, den Mund und die Lippen in Gestalt einer eitrigen und wuchernden Fläche ausgebreitet. Die histologische Untersuchung eines Hautstückchens ergab das Vorhandensein sehr zahlreicher tuberkulöser Follikel und Riesenzellen aber keine Bacillen. Es scheint demnach, dafs das Trauma eine tuberkulöse Infektion der Lymphdrüsen und dann der Haut verursacht hat.

Akut verlaufende Urticaria mit lichenoider Veränderung der Haut, von DU CASTEL. Dieser junge Mann ist 25 Jahre alt und soeben aus dem Militärdienste entlassen worden. Bei letsterer Gelegenheit hat er sich alkoholischen Excessen hingegeben. Bald stellte sich heftiges Jucken ein und sodann zeigte sich ein typischer Urticariaausschlag. Gleichzeitig brachen in der Gegend der Kniekehlen, an den Oberschenkeln und den Armen eruptive Elemente aus, welche denen des Lichen simplex chronicus ähnlich sehen. Während aber diese letstere Affektion mehrere Monate zu ihrer Entwickelung braucht, hat sich bei diesem Patienten die Eruption bereits nach drei Tagen gezeigt.

LEREDDE weist auf die Mitteilung zurück, die er vor einigen Jahren mit ROBIN gemacht und welche sich auf die Dermatosen nach gastrischen Störungen bezieht; unter diesen hat er auch den Lichen simplex chronicus angeführt.

BROCQ: Der Umstand, dafs sich eine Läsion so rasch zeigt, während ihr normaler Verlauf ein äufserst langsamer ist, beruht auf einer besonderen Beschaffenheit der Haut und die Krankheit selbst ist nur ein Reaktionsmodus derselben, welcher je nach dem Individuum ein verschiedener ist.

Pemphigus syphiliticus, von RENAULT. Einige Tage nach dem Auftreten eines Schankers hat sich bei diesem Patienten eine Blaseneruption gezeigt, welche unter Quecksilberbehandlung zurückzutreten schien. Einige Zeit nachdem der Schanker vollständig vernarbt war ist die Eruption wieder aufgetreten. Der Patient hat niemals Jodkalium eingenommen und nun sind es bereits vier Wochen, dafs er kein Antipyrin erhalten hat; trotzdem sind frische Schübe aufgetreten. Um einen chronischen Pemphigus handelt es sich wohl nicht, da hier die eruptiven Elemente von einem entzündlichen Ringe umgeben sind und der Patient nicht die dieser Affektion eigene Kachexie aufweist. Wie seltsam auch das Erscheinen einer sekundären Eruption schon wenige Tage nach dem Auftreten eines Schankers sein mag, glaube ich doch, dafs es sich hier um einen spezifischen Pemphigus handelt. Das frühzeitige Erscheinen der Eruption würde sich in diesem Falle aus dem gleichzeitigen Bestehen einer besonderen individuellen Beanlagung (Alkoholismus, Malaria, Neurose) erklären lassen.

BALZER: Wir haben nur zwei Fälle von Pemphigus bei Syphilitikern gesehen. In beiden liefs sich nicht mit Sicherheit ein syphilitischer Pemphigus annehmen, weil

die Blase nicht auf einem papulösen Infiltrate ruhte. Dasselbe ist der Fall bei dem Patienten von Renault.

Hallopeau: Niemals sieht man sekundäre Erscheinungen fünf Tage nach einem Schanker auftreten, weshalb wir auch die Diagnose eines syphilitischen Pemphigus verwerfen.

A. Fournier: Diese Läsionen sind weiter nichts als ein Hydroaerythem mit Hydroa der Mundhöhle. Mit Syphiliden dürfen dieselben in keiner Weise verwechselt werden.

Favus bei einer Pariserin. Tennesson stellt ein Mädchen mit dicken Favuskrusten auf dem Kopfe vor. Der übrige Körper ist mit den gleichen Plaques bedeckt. Die Patientin bewohnt Pantin und hat stets als Handwerkerin oder Dienstmagd gearbeitet. Unter einzelnen Plaques der haarlosen Körperstellen ist die Haut bis auf 2 oder 3 cm tief in das Unterhautzellgewebe ulceriert. Es ist dies somit ein ziemlich abnormer Fall von Favus, indem diese Affektion an den haarfreien Regionen meist ganz oberflächlich ist.

Besnier: Es ist zu bemerken, daſs dieses Mädchen in Pantin wohnt. Der Favus ist aber in Paris sozusagen unbekannt, während er dagegen jenseits der Festungswerke angetroffen wird. Es läſst sich hierfür keine Erklärung ausfindig machen.

Die Sitzung wird mit einigen Krankenvorstellungen abgeschlossen.

Dezembersitzung 1900.

Behandlung des Lupus erythematosus mit Strömen hoher Frequenz. Bissérié legt ein Instrument vor, welches die Intensität der Ströme hoher Frequenz beliebig zu graduieren erlaubt.

Brocq wendet diese Methode seit 1898 unter der Leitung von Bissérié bei Lupus erythematosus an. Dieselbe ist keine heroische und es mag ihr vielleicht diejenige von Finsen vorgezogen werden. Sie hat aber vor letzterer den Vorzug, daſs die Sitzungen nur kurz sind (10 Minuten), daſs sie schmerzlos ist, daſs keine üblen Zufälle beobachtet werden, sodaſs die Patienten in ihren Beschäftigungen nicht gestört werden, indem sie nicht verunstaltet werden. Bei den fixen Formen des erythematösen Lupus scheint die Methode weniger wirksam zu sein. Die Methode von Finsen scheint nach den Angaben von Leredde vorzügliche Resultate zu geben. Das Licht und die Ströme hoher Frequenz sind aber Mittel, die nur ausnahmsweise angewendet werden können, weil sie für den Arzt und für den Patienten zu kostspielig sind. Sie erfordern komplizierte Installationen, die nicht jedem Arzte zugänglich sind, und stören den Patienten in seinem Berufe. Neben diesen Übelständen sind die Resultate noch sehr zweifelhaft, sodaſs man unter allen Umständen die alten Methoden zu Gunsten der neueren nicht aufgeben darf.

Barthélemy bedient sich des einfachen Pinsels, den man der Haut mehr oder weniger nähert.

Besnier betont die praktische Seite der Frage, welche die Aufmerksamkeit der jungen Ärzte auf sich ziehen muſs. Mit den Fortschritten der Wissenschaft werden auch die Behandlungsmethoden vollkommener aber auch komplizierter und kostspieliger. Verfügt also ein Arzt nicht über das nötige Instrumentarium, so dürfte er sich eventuell in der Unmöglichkeit befinden, einen Lupuspatienten nach den modernen Methoden behandeln zu können. Man sieht demnach, daſs hierbei nicht allein die Zukunft des Patienten, sondern auch diejenige des Arztes in Frage kommt.

Einfluſs der antisyphilitischen Behandlung auf das Epitheliom, von Du Castel. Der Patient, den Du Castel vorstellt, wurde im vergangenen Oktober in seine Spitalabteilung mit einer starken Auftreibung der linken Wange aufgenommen.

Der Patient leidet an Leukoplakia oris. Bei der Untersuchung findet man auf der inneren Fläche der aufgeschwollenen Wange eine gangränöse Partie. Nach den Angaben des Patienten rührte die Affektion von einem Stofse her, den ihm ein Pferd mit dem Kopfe gegeben hatte. Er war zunächst mit Jodquecksilberpillen behandelt worden und hatte auch eine Kalomelinjektion erhalten. Einige Tage später löste sich die gangränöse Plaque ab, der ulceröse Prozefs griff weiter um sich; es kam zur Perforation der Wange, zur Zerstörung der Lippenkommissur mit beträchtlichem Substanzverlust Die Wundränder waren hart und verdickt. Nach dem histologischen Befunde zu urteilen handelte es sich um ein Epitheliom. Hat vielleicht die Quecksilberbehandlung den rapiden Verlauf der Neubildung veranlafst?

Darier meint, dafs man gewisse Unterschiede zu machen hat, wenn man von der Quecksilberbehandlung des Epithelioms spricht. Er ist überzeugt, dafs das Jodkalium, selbst in schwachen Dosen, den Verlauf eines Carcinoms entschieden verschlimmert. Überhaupt hält er die Anwendung von jeder Substanz, welche Jod entwickelt, für schädlich (Jodoform, Jodol, Aristol etc.). Das Quecksilber dagegen und zwar besonders die Kalomelinjektionen scheinen einen günstigen Einfluſs auf die Neubildung auszuüben, indem sie die interstitiellen Infiltrate vermindern. In zweifelhaften Fällen kann man nach der histologischen Untersuchung sofort mit der Quecksilberbehandlung beginnen, man soll aber in keinem Falle, bevor man seiner Diagnose sicher ist, Jodkalium verabreichen.

Du Castel ist ebenfalls der Ansicht, dafs das Jodkalium bei der Behandlung des Kankroids viel schädlicher wirkt als das Quecksilber; es frägt sich aber ob das letztere Mittel ganz schadlos ist, wenn es sich um Krebs handelt.

Fournier hat keine schädliche Wirkung des Jodkaliums auf das Carcinom der Mundhöhle konstatiert. Was das Kalomel in Form von Injektionen anbelangt, so ist zweifellos, dafs sich die Neubildungen unter dessen Einfluſs zunächst stark reduzieren. Diese Besserung kann zwei oder drei Wochen andauern. Dann kommt es zu einem Stillstande und endlich nimmt das Wachstum des Tumors wieder zu, ohne dafs man sagen könnte ob die Kalomelinjektion den Prozefs angeregt hat. Für das Carcinom der Mundhöhle giebt es aber etwas gefährlicheres als das Jodkalium und das ist der chirurgische Eingriff. Beinahe konstant kommt es zum Rezidiv noch bevor die Wunde zur Vernarbung gelangte und der Exitus läfst gewöhnlich nicht lange auf sich warten.

Nélaton: Die meisten Chirurgen stimmen darin überein, dafs die Intervention beim Mundhöhlencarcinom kontraindiziert sei, aufser in den Fällen, wo die Geschwulst ganz klein und umschrieben ist und keine Drüsenbeteiligung vorliegt. Eine Form des Epithelioms jedoch gestattet eine chirurgische Intervention mit günstigem Resultate, nämlich die papillomatöse. Einige Chirurgen, besonders Reclus, empfehlen die Operation in allen Fällen und behaupten, dafs sie öfters eine ganz unerwartete Lebensverlängerung erzielt haben. In dem Falle von Du Castel sind die Veränderungen schon viel zu weit vorgeschritten als dafs ich an eine Operation denken würde; es ist aber sehr zu bedauern, dafs dies nicht im Anfange geschehen, denn es wäre ganz sicher Heilung eingetreten.

Brocq frägt Fournier, ob die Besserung nach einer Kalomelbehandlung nicht vielleicht auf den Umstand zurückzuführen sei, dafs öfters ein luetischer Prozefs dem Epitheliom zu Grunde liegt. Läfst sich ein einziger Fall anführen, wo das Carcinom vollständig frei von spezifischer Beimischung war?

Fournier: In mehreren Fällen von Epitheliom der Mundhöhle, die sich unter dem Einflusse von Kalomelinjektionen besserten, vermochte ich allerdings Syphilis nicht auszuschliefsen. Man darf aber nicht vergessen, dafs man stets an die okkulte Lues denken mufs, die viel häufiger ist als man gewöhnlich annimmt. Ich bin

übrigens der Ansicht, daſs die primäre Ursache des Mundhöhlenkrebses, in der groſsen Mehrzahl der Fälle wenigstens, die Syphilis ist und die Leukoplasie dabei das Bindeglied bildet. Bei dieser Gelegenheit erinnere ich hier an jenen Patienten, den ich mit Barthélemy gesehen habe; derselbe hatte sich während 32 Jahre ungestraft unmäſsigem Tabakgenusse hingegeben. Im Alter von 50 Jahren infizierte er sich sodann syphilitisch; es trat eine Leukoplasie auf und bald danach entwickelte sich ein Carcinom.

Darier: Es läſst sich a priori annehmen, daſs das Kalomel das Epitheliom günstig beeinfluſst, ohne daſs man dabei eine spezifische Komplikation anzunehmen braucht. Man weiſs nämlich, daſs dieses Medikament sehr günstig auf den Lupus und die Tuberkulide wirkt und zwar selbst bei Individuen, welche vollständig frei von Lues sind. Diese Eigenschaft des Kalomels kann selbst in therapeutischer Hinsicht verwertet werden. So vertraute mir ein Chirurg vor der Operation einen seiner Patienten an, der an einem Epitheliom litt. Eine einzige Kalomelinjektion führte eine Verminderung der Geschwulst herbei; gleichzeitig wurde der Tumor beweglicher und geschmeidiger, sodaſs er leichter zu operieren war. Wir stimmen alle darin überein, daſs das Kalomel nicht etwa auf die epithelialen Elemente einwirkt, sondern auf die plasmatische Infiltration in der Umgebung der Geschwulst. Nun aber kommt diese Infiltration aus den verschiedensten Ursachen zu stande und wird stets durch das Kalomel günstig beeinfluſst.

Gastou: Eine Anzahl von Kalomelinjektionen wurden auf der Spitalabteilung von Prof. Fournier gemacht bei Patienten mit Ulcera cruris. Die Resultate sind günstig ausgefallen und die histologische Untersuchung ergab, daſs sich die Besserung in der Weise bewerkstelligte, wie es Darier beschrieben hat.

Persistierende Syphilide der Plantarregion, von Hallopeau und Trastour. Der Patient trat vor einigen Monaten ins Spital ein mit über Gesicht, Gliedmaſsen und Füſse disseminierten ulcerösen Syphiliden. Fast alle diese Läsionen sind unter dem Einflusse von Kalomelinjektionen, von Jodkalium und lokalen Applikationen von Sublimat rasch vernarbt. Nur im Gesichte und an den Fuſssohlen bestehen die Läsionen fort. Im Gesichte läſst sich dies aus der starken Entwickelung des Haarbalgsystems erklären. An den Füſsen ist meiner Ansicht nach die Dicke der Epidermis ein Hindernis für die therapeutischen Agentien.

Fournier glaubt, daſs die Persistenz der Läsionen den Sublimatüberschlägen zuzuschreiben sei, indem letztere keine günstigen Resultate geben können.

Hallopeau: Ich benutze diese lokale Behandlung seit 17 Jahren und habe nur günstige Erfolge damit erzielt.

Besnier: Nicht selten sieht man im Verlaufe einer Quecksilberkur alle Sypilide bis auf eines zurückgehen. In einem derartigen Falle sahen Fournier und ich trotz Kalomelinjektionen eine Läsion an der Lippe fortfahren sich zu entwickeln, ja einen phagedänischen Charakter anzunehmen. Da entschloſs ich mich, trotzdem ich nicht so starke Dosen gebe, eine Injektion von 0,10 Kalomel zu injizieren. Zwei Tage nachher begann die Läsion zurückzutreten und die Heilung trat rasch ein.

Balzer: Diese Persistenz einzelner Läsionen beobachtet man auch in der sekundären Periode. Sie läſst sich dann auf eine ungenügende Behandlung oder auf eine Obliteration der Gefäſse zurückführen, welche letztere die Zufuhr des Quecksilbers in die erkrankten Partien verhindert.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 1./14. Dezember 1900.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Tschlenoff demonstrierte einen Fall von **Pityriasis rubra Hebra**. Bei dem betreffenden 46jährigen Bedienten von guter Körperkonstitution findet sich Rötung und kleienförmige Abschuppung des ganzen Körpers. Der Ausschlag soll seit sechs Jahren existieren. Arsenik hat bisher keinen Effekt gehabt.

Diskussion: Metscherski erscheint in Anbetracht der langen Dauer und des guten Allgemeinbefindens des Patienten die Diagnose Pityriasis rubra benigna richtiger zu sein. — Tschlenoff bleibt bei seiner Diagnose.

2. Blagowolin als Gast stellte einen **schweren Fall von Syphilis** vor. Die betreffende 23jährige Patientin weist eine gummöse Ostitis und Osteomyelitis beider Scheitelbeine auf. Patientin soll im 16. Lebensjahre an den ersten Erscheinungen von Syphilis hereditaria tarda erkrankt sein.

3. Als Pendant zum vorigen Fall führte Ustinoff gleichfalls eine Kranke mit **schweren gummös-syphilitischen Erscheinungen** vor, nämlich Defekt der Nase, Defekt der mittleren Partie der Oberlippe, Nekrose des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers, Iritis des linken Auges etc.

Diskussion: Die vorgestellten Fälle erinnern Pospelow an eine Kranke seiner Beobachtung, welche er längere Zeit während des kondylomatösen Stadiums in Behandlung hatte. Nach mehreren Rezidiven kehrte die Bäuerin ins Dorf zurück, wo sie sich gut fühlte. Bei einem Brande stiefs sie aber mit dem Kopf an einen Balken an und fiel bewufstlos hin. Im Hospital wurde eine gummöse Ostitis der Schädelknochen konstatiert, die zu Nekrose führte. Es wurde schliefslich ein Sequester von der Gröfse etwa einer mittelgrofsen Handfläche abgestofsen. Die Frau genas. In einem anderen Falle hingegen beobachtete P. nach einem gar nicht grofsen gummösen Herd des Schädeldaches Meningitis und Tod. Die syphilitischen Schädelaffektionen sind demnach als prognostisch gefährlich anzusehen.

4. Sakrepa demonstrierte einen Fall von **Tuberculosis cutis verrucosa** auf dem einen Knie. Die Kranke stammt aus einer phthisisch schwer belasteten Familie und hat auch selbst Hämoptoe gehabt.

5. Iljisch zeigte **Röntgenaufnahmen** von einem Fall von Osteomyelitis syphilitica des Vorderarmes vor und nach der Behandlung.

6. Metscherski stellte ein 20jähriges Mädchen mit **Pityriasis rubra pilaris** vor. Die chlorotische und hysterische Patientin erkrankte angeblich im Juni d. J. an der Hautkrankheit. Unter Arsenikinjektionen, Bädern und Salbenbehandlung hat sich der Zustand, wie ein Vergleich mit der Moulage ergiebt, bedeutend gebessert.

Diskussion: Orlow findet bei der Kranken Hautpartien, welche der Pityriasis rubra pilaris und andere, welche dem Lichen ruber acuminatus entsprechen, sodafs er diesen Fall als ein weiteres Beispiel dafür ansieht, dafs beide Krankheiten einen und denselben Prozefs darstellen. — Pospelow und Metscherski erachten eine Besprechung dieser Frage für überflüssig, da dieselbe auf dem Moskauer Kongrefs bereits ihre Erledigung gefunden hat.

7. Metscherski führte eine 58jährige, seit Jahren hysterische Frau vor mit Erscheinungen von **Lichen ruber planus** auf dem linken Knie, welche sich angeblich nach einer starken Nervenerschütterung eingestellt haben.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

IV. Jahrgang. No. 2.

Praktische Zungenspatel und Rachentupfer, von R. Brüggemann. Zur Vermeidung der bei Benutzung der üblichen Zungenspatel vorhandenen Gefahren empfiehlt Verfasser die bekannten Zungenspatel aus Holz, deren Billigkeit es ermöglicht, den gebrauchten Spatel sofort zu vernichten. Zum Pinseln und Tupfen in der Mundrachenhöhle sind aus gleichem Grunde Holzstäbchen zu empfehlen, wie sie zum Abschliefsen der Wurstenden gebraucht werden („Wurstsplitte") geeignet. (Ref. benutzte früher die Holzspatel; dieselben waren aber so dünn, dafs sie bei irgend lebhaft sich wehrender und wölbender Zunge die Ausübung eines kräftigen Druckes verhinderten. Es müfsten dieselben wohl fester gearbeitet werden.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XI. Heft 11.

Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere, von Küster.

Ein cystoskopischer Prostataincisor für die Bottinische Operation, von Freudenberg und Bierhoff. Das Instrument besteht aus einem Bottinischen Incisor, dessen Zuleitung im vorderen Teile des Schaftes gleitet und durch Zahnräder bewegt wird und einem geraden Cystoskop, das an der hinteren Fläche des Schaftes in einer Röhre drehbar und verschiebbar ist. Beim Einführen dient dies als Obturator, kann leicht entfernt werden, um die Lampe zu wechseln oder um durch das Rohr die Blase zu spülen. Nach der Einführung wird das Cystoskop vorgeschoben und nun kann man unter Kontrolle des Auges die Stelle der Prostata, an der man schneiden will, genau einstellen. Das Instrument gestattet eine Schnittlänge von 4¾ cm; sein Umfang ist oval und entspricht Charrière 26. In zwei Fällen wurde es mit Erfolg angewendet.

Band XI. Heft 12.

Über die Funktionen des Harnröhrenschleimapparates bei Injektionen, von Strasz. Die Arbeit des Verfassers wendet sich gegen die in dieser Zeitschrift mitgeteilten Versuche von Kiss, aus welchen dieser Autor eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Kompressor durch die blennorrhoische Erkrankung beweisen wollte. Verfasser injizierte bei einer Reihe von Blennorrhoekranken soviel Flüssigkeit in die Harnröhre, bis die Kranken ein Spannungsgefühl wahrnahmen; liefs er nun sofort oder nach drei Minuten die injizierte Flüssigkeit wieder heraus, so wurde fast in jedem Falle die gleiche Menge aus der Harnröhre wieder entleert. Wurden nun in einer zweiten Versuchsreihe 4—6 ccm mehr eingespritzt, nachdem die Kranken Spannungsgefühl meldeten, so war das entleerte Quantum fast stets kleiner als das eingespritzte. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band V, Heft 11.

Über einen Fall von blennorrhoischer Urethritis und Affektion der Gelenke, symmetrischem, hornartigen Hautausschlag und Ausfallen der Nägel, von W. Stanislanski. Blennorrhoische Ausschläge sind meistens vom Typus des polymorphen Erythems; sie werden als Ausdruck einer Allgemeininfektion zu betrachten sein. Colombini hat durch Impfungen mit Gonokokken-Reinkulturen 1895 ein Hauterythem erzeugt, Wassermann durch Toxine Fieber und Gelenkschwellungen, Christmas pustulöse Exantheme und schwere Allgemeininfektion. Der in dem hier mitgeteilten Fall vorhandene hornartige Ausschlag ist 1893 von Vidal zuerst beschrieben; die Ätiologie desselben aber erst bei einer erneuten blennorrhoischen Infektion des Patienten erkannt. Es sind dann noch vier weitere derartige Fälle publiziert. Es entsteht ein symmetrisch, besonders an Handteller und Fußsohle, weniger am übrigen Körper lokalisierter Hautausschlag, bestehend aus konusförmigen, hornartigen Gebilden, geschichteten Plaques und spitzen oder flachen Borken. Nach Ablauf der Blennorrhoe schwindet auch das Exanthem langsam, ohne Spuren zu hinterlassen. Bei Rezidiven der Blennorrhoe rezidiviert auch der Ausschlag. Ausfall der Nägel wurde zweimal, Steigerung der Temperatur dreimal beobachtet. Auch Komplikation mit Polyarthritis und Konjunktivitis kommt vor. Der mitgeteilte Fall betrifft einen 28jährigen Patienten; das Exanthem brach fünf Wochen nach der blennorrhoischen Infektion aus. Vorausgegangen waren Entzündungen der Fußgelenke und des rechten Kniegelenkes. Der Ausschlag begann am Kreuz und am linken Malleolus internus, wo vorher ein Kantharidenpflaster und Jod appliziert waren. Er breitete sich auf beide Füße, Oberschenkel, Scrotum, Penis aus. Die erkrankten Hautabschnitte sind zum Teil mit trockenen, derben, hornigen, schmutziggelben Borken bedeckt, nach deren Entfernung eine feuchte, rote Hautoberfläche zum Vorschein kommt. Zum Teil tragen sie konusförmige Prominenzen von brauner Farbe, vereinzelt oder gruppiert, glatt und durchsichtig, an Nagelköpfe erinnernd, festhaftend, stellenweise umgeben von einem Streifen eitrigen Exsudates. Am Scrotum ist die Haut unter den Borken prominent, papelnähnlich. Auch am Daumen der linken Hand bildeten sich gleiche Borken, sonst ist die Haut frei. Die Leistendrüsen etwas vergrößert; im Harnröhrensekret Gonokokken; abendliche Temperaturverschiebungen. Wo die konusartigen Erhöhungen abfielen, blieben in der Epidermis wie ausgemeißelte Stellen mit unterminierten Rändern zurück. Verfasser erkannte, nachdem eine antiluetische Kur vergeblich durchgeführt war, nach Litteraturstudien den blennorrhoischen Charakter des Leidens. Er nimmt an, daß hier eine durch Toxine bewirkte trophische Störung vorliegt. Eine Behandlung mit Salol resp. Natr. salicyl. und Borsalbe führte Heilung herbei. Später Rezidiv der Blennorrhoe und des Ausschlages.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologische Zeitschrift.

1900. Band 7, Heft 6.

I. Zur pathologischen Anatomie des Bindehaut-Ekzems, von v. Michel-Berlin. Der Verfasser unterscheidet drei Stadien des Bindehaut-Ekzems:

1. das Stadium der Knötchen- oder Papelbildung;
2. das Stadium der Bläschen- und Pustel-, bezw. Geschwürsbildung;
3. das Stadium der Heilung.

Im ersten Stadium sind die Erscheinungen einer heftigen Entzündung mit

Blutaustritt in die Epithelzellenschicht vorherrschend. Man sieht in der Bindehaut der Sclera umschriebene hämorrhagische Stellen, um welche herum das Gewebe vollgepfropft ist von dicht gelagerten, polynukleären Leukocyten, die Gefäfse stark dilatiert und mit Blut gefüllt sind.

Im zweiten Stadium findet man zwischen der oberen, teilweise verhornten Schicht des Epithels die für ein Bläschen charakteristischen Erscheinungen die einzelnen Epithelzellen sind aus ihrer Lage gebracht, teilweise in Degeneration (Quellung oder Atrophie) begriffen. Ihre Kerne sind schwach fühlbar. Zwischen diesen völlig aus ihrem Zusammenhang gerissenen Zellen finden sich polynukleäre Leukocyten und eine feinfaserige Masse. Von dem Augenblicke an, wo die verhornte oberflächliche Schicht dem andrängenden Exsudat nicht mehr Stand hält, kommt es zu einer Abstofsung desselben, d. h. es entsteht ein Epithelverlust bezw. ein Geschwür.

Das Stadium der Heilung ist im allgemeinen gekennzeichnet: 1) durch Regeneration des Epithels; 2) durch einen Ersatz des dem Epithel unmittelbar benachbarten, allenfalls zerstörten Bindehautgewebes. Je nach der Ex- und Intensität der ursprünglichen Entzündung wird die Heilungsdauer eine kürzere oder längere sein. — Was die Bezeichnung „Ekzem der Bindehaut" betrifft, so glaubt Verfasser, dafs nicht die geringste Veranlassung vorliege, von derselben abzugehen, da die so bezeichnete Erkrankung der Bindehaut klinisch und pathologisch anatomisch gleiche Verhältnisse aufweise, wie das Ekzem der Haut. —

II. **Über Nierensyphilis**, von J. J. Karvonen-Helsingfors. (Schlufs.) In dem Schlufsartikel setzt der Verfasser seine Erörterungen über die specifische Erkrankung der Nieren fort. Nach seinen Beobachtungen und Untersuchungen sind die Nieren hereditärsyphilitischer Säuglinge und Frühgeburten nur sehr selten frei von allen Abnormitäten. Dagegen scheinen die eigentümlichen, hereditärsyphilitischen Nierenveränderungen klinisch meistens symptomenlos zu verlaufen. Dies mag vielfach selbst hervorragende Syphilodologen zu der irrigen Absicht verleitet haben, dafs die Nierenaffektionen bei hereditärer Syphilis aufserordentlich selten seien. Noch in der jüngsten Zeit schrieb Heubner: „Die Nieren scheinen bei der Heredosyphilis nicht häufig in spezifischer Weise zu erkranken". Auf der anderen Seite hat schon im Jahre 1869 Hutzen in seiner Tübinger Dissertation („Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der congenitalen Syphilis") auf Grund der Untersuchung von 14 heredosyphilitischen Frühgeburten und Neugeborenen eine richtigere Auffassung gehabt, wenn er bemerkt: „Die Nieren zeigten, so oft sie zur Untersuchung kamen, einen Kernreichtum des Stromas und zuweilen syphilitische Knötchen". Dies entspricht auch den Beobachtungen des Verfassers, der von 7 untersuchten Fällen in 6, aller Wahrscheinlichkeit nach nur auf Syphilis zurückzuführende Nierenveränderungen vorgefunden hat. Von grofser Bedeutung für das Entstehen der letzteren scheint die Schwere der Syphilis zu sein. Je intensiver die Heredosyphilis ist, um so regelmäfsiger werden auch die Nieren verändert gefunden; und die Syphilis ist eine desto schwerere, je kürzer der Zeitraum zwischen der Infektion der Eltern, insbesondere der Mutter und der Geburt der hereditär-syphilitischen Frucht ist. Die Syphilis der Mutter spielt, wie es scheint, hierbei die Hauptrolle.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung von 14 heredosyphilitischen Fällen hat in 10 Fällen Entwickelungsabnormitäten in den Nieren ergeben. Zumeist handelte es sich um eine einfache verzögerte oder gehemmte Entwickelung der Nieren. In anderen Fällen weisen die Nieren epitheliale Hohlräume auf, die als Retentionscysten aufzufassen und ebenfalls Symptome einer Entwickelungsstörung sind.

Mikroskopisch zeigen die Nieren in den meisten Fällen keine auffallenden Veränderungen.

Der Verfasser bespricht in einem Schlufskapitel die Nierenaffektionen bei Syphilis hereditaria tarda.

Die Ausführungen des Verfassers sind überall von einem mit grofsem Fleifse aus der Litteratur gesammelten, kritisch gesichteten, casuistischen Material begleitet.

Im Rahmen des Referates war es kaum möglich, mehr als die Überschriften der Abschnitte aus der umfangreichen Arbeit hervorzuheben. Wir verweisen im einzelnen auf das Original, das als bedeutsame, litterarische Erscheinung nicht nur auf dem Gebiete der Nierensyphilis, sondern der Nierenkrankheiten überhaupt bezeichnet werden darf.

III. **Lupus erythematodes und Carcinom**, von E. Hollaender-Berlin. Bei Erörterung eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Lupus vulgaris und Carcinom in den Fällen, wo sich letzteres auf der Basis des ersteren entwickelt, spricht Verfasser die Ansicht aus, dafs wenn auch beide Affektionen mikroskopisch ähnliche Bilder zeigen resp. auf zwei verschiedene Schädlichkeiten histologisch ähnlich reagieren, doch eine verwandtschaftliche Beziehung zwischen beiden nicht konstruiert werden dürfe vielmehr neigt der Verfasser zu der Auffassung, dafs sowohl durch den Krankheitsverlauf selbst (Narbenbildung), als auch namentlich durch die wiederholte therapeutische Reizung (Ätzen, Brennen etc.) vielleicht indirekt die Entwickelung des Krebses begünstigt wird. Diese Auffassung wird durch die Thatsache gestützt, dafs auch auf anderen, chronischen, durch die Behandlung vielfach gereizten Hautneubildungen sich gern ein Sekundärkrebs entwickelt, so auf alten Psoriasiseffloreszenzen, Naevi, Ulcera cruris, Xeroderma und Lupus erythematodes. Von der letzteren Kategorie teilt Verfasser drei Fälle mit.

IV. **Versuche mit Jodosolvin**, von Wunder-Altona. Jodosolvin ist eine 15%ige, chemische Lösung des krystallinischen Jodhalogen (Jodum purum) in öliger Form. Es findet äusserlich und innerlich Anwendung und wird von der Haut oder vom Darm aus prompt resorbiert. Es bewirkt bei Patienten, deren Haut überhaupt noch eine Salbe oder Einreibung verträgt, keinerlei lokale Reizerscheinungen, Entzündungen, Epidermisabstofsungen. Bei Drüsenschwellungen verschiedener Art, bei leichteren Fällen von Kropf wird das Mittel zur Massage nicht mehr entbehrt werden können.

In einigen Fällen von Ulcera cruris hat Verfasser mit der Applikation des Jodosolvins ganz vorzügliche Erfolge erzielt. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1900. Heft 11.

Heredosyphilis des Rückenmarks; Meningo-Myelitis chronica Typus Erb, von Paul Caziot-Maubeuge. Verfasser berichtet über zwei Fälle von chronischer Meningo-Myelitis, die er als Militärarzt zu beobachten Gelegenheit hatte und die dauernd so schwere Symptome darboten, dafs man sich nur wundern mufs, wie sie überhaupt zum Militärdienst ausgehoben werden konnten. Im ersten Fall entwickelte sich die Krankheit im 16. Lebensjahre, vier Monate nach einem Typhus; eine posttyphöse Infektion des Rückenmarkes mit dem Bacillus Eberth oder dessen Toxinen läfst sich hier mit annähernder Sicherheit ausschliefsen. Es bestanden neben trophischen Störungen solche der Motilität und der Sensibilität, der Harn- und Stuhlentleerung nebst einigen bulbären Symptomen. Die linke Körperseite war im ganzen bevorzugt. Beim zweiten Falle zeigten sich die ersten Krankheitszeichen bereits im zweiten Lebensjahre. Hier war die rechte Seite mehr ergriffen, im übrigen war das klinische Bild so ziemlich dasselbe: Erhöhung der Sehnenreflexe, Kontrakturen, epileptoides Zittern, Krämpfe, blitzartige Schmerzen, geringe Koordinationsstörungen,

erschwerter Gang, geringe Muskelatrophie, vorübergehende Sehstörungen u. s. w.; in beiden Fällen bestand geringer Geschlechtstrieb. Verfasser glaubt, unter Ausschluſs aller anderen Formen, das Krankheitsbild auf eine Entwickelungshemmung der Pyramidenstränge zurückführen zu können und beschuldigt als Ursache hierfür eine Heredosyphilis, deren Vorhandensein er bei seinen beiden Patienten glaubhaft zu machen sucht.

Untersuchungen über die Schwankungen der Harnstoffausscheidungen bei der Dermatitis polymorpha dolorosa, von P. Hardouin-Rennes. Die zahlreichen Angaben, die über die im Titel enthaltene Frage bis jetzt vorliegen, sind so widerspruchsvoll, daſs Verfasser sich zu einer neuen Untersuchung entschlossen hat. Dabei hat er sich aber nicht mit einer gelegentlich gelassenen Harnmenge begnügt, sondern er hat in zwei ihm zur Verfügung stehenden Fällen den Harn von je 24 Stunden gesammelt und denselben chemisch analysiert. Dabei hat sich denn herausgestellt, daſs einem Anfall von Dermatitis dolorosa polymorpha immer ein Stadium verminderter Harnstoffausscheidung voraufgeht, daſs unmittelbar vor oder mit Beginn des Anfalles aber eine beträchtliche Vermehrung der Harnstoffausscheidung einsetzt. Eine Deutung dieses Verhaltens spart sich Verfasser für eine spätere Untersuchung auf, wenn ihm reichlicheres Material zur Verfügung steht.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1900. Heft 11.

1. **Die Hände des Chirurgen,** von Guyon. Klinischer Vortrag, in welchem Guyon seinen Hörern detaillierte Anweisungen für die Reinigung der Hände und für die Erlernung des Touchierens und Palpierens giebt.

2. **Experimentelle Untersuchungen über die Uretero-Heteroplastik,** von Gaspare d'Urso-Rom und Achille de Fabii-Rom. Die Verfasser haben versucht, bei Tieren resezierte Ureterenteilstücke bezw. ganze Ureteren durch Teile anderer Organe zu ersetzen. Bei Hündinnen, die bekanntlich einen Uterus duplex besitzen, wurde an Stelle eines resezierten Ureterenstückes ein Uterus zur Einheilung gebracht; die Resultate waren so gute, daſs sie dazu auffordern, gegebenen Falles bei Frauen in ähnlicher Weise zu verfahren; bei Frauen wäre eine Muttertrompete als Ersatz zu verwenden. Weitere Versuche haben die Möglichkeit ergeben, ein Teilstück eines Ureters durch eine Dünndarmschlinge zu ersetzen. Es gelang ferner, an Stelle eines ganzen Ureters ein entsprechend langes Segment des Dünndarms, das unten direkt in die Blase eingepflanzt wird, zur Einheilung zu bringen, vorausgesetzt, daſs vom oberen Teile des Ureters ein wenigstens 4—5 cm langes Stück erhalten ist. Die Alteration des Harnapparates nach der totalen Ureteren-Enteroplastik ist viel geringer als nach der partiellen Ureteren-Enteroplastik. Bei allen Versuchen wurden die zum Ersatz verwendeten Teile nach der von Monari angegebenen und von den Verfassern etwas modifizierten Methode der latero-lateralen Anastomose zur Einheilung gebracht.

3. **Primäre Neoplasmen des Nierenbeckens und des Ureters,** von J. Albarran. (Heft 7, 9 und 11.) Primäre Neoplasmen des Nierenbeckens und des Ureters sind selten; der Verfasser konnte in der Litteratur nur 40 sichere Fälle finden. Er teilt dieselben ein in epitheliale Neoplasmen (Papillome und Epitheliome) und in mesodermische Neoplasmen (Sarkome, Myxome und Rhabdomyome).

Die Papillome, die am häufigsten vorkommen, präsentieren sich als multiple, weiche, warzenartige, gestielte, rötliche, glänzende, baumartig verzweigte Massen. Sie besitzen zumeist die Struktur des reinen Papilloms, doch finden sich auch manchmal

an einzelnen Stellen Merkmale der beginnenden Umwandlung in eine maligne epitheliale Neubildung (papilläres Epitheliom). Die eigentlichen nicht papillären Epitheliome (Carcinom) stellen knötchenförmige, mehr oder weniger weit vorspringende, rote oder graue, harte Infiltrationen der Wände des Nierenbeckens bezw. des Ureters dar; ihre Struktur ist meist die des alveolären Carcinoma, seltener die des cylindrischen Epithelioms; vereinzelt kommen auch Plattenepithelcarcinome vor, die möglicherweise aus Leukoplasien der Schleimhaut entstehen. Primäre epitheliale Neoplasmen finden sich sowohl im Nierenbecken wie im Ureter. Sie können sich kontinuierlich durch den ganzen Ureter hindurch bis in die Blase hinein ausbreiten; manchmal entstehen aber auch durch Verschleppung kleiner Geschwulstteilchen Metastasen in der unteren Partie des Harnleiters und in der Blase, während der mittlere Teil des Ureters frei bleibt. Durch Verengerung oder Verschluſs des Ureters führen die Tumoren sehr oft zur Bildung einer Hydro- oder Hämatonephrose, aus der sich durch sekundäre Infektion eine Pyonephrose entwickeln kann. Neben dem Neoplasma finden sich ziemlich häufig Nierensteine; vielleicht spielt sogar die durch die Steine verursachte chronische Reizung bei der Entstehung der epithelialen Neubildungen eine Rolle. Die wichtigsten klinischen Symptome, die in den meisten Fällen beobachtet werden, sind Hämaturie, Geschwulstbildung und Schmerzen; diese Symptome unterscheiden sich in nichts von den gleichen Erscheinungen bei Geschwülsten der Niere. Im Urin findet man in vielen Fällen zahlreiche cylindrisch geformte Epithelien, in vereinzelten Fällen Plattenepithelien; das Vorhandensein solcher Zellen im Urin deutet stets auf das Bestehen eines Epithelioms in der Blase, in einem Ureter oder in einem Nierenbecken hin; bei Carcinomen der Niere finden sich solche Zellen nicht. Wichtige Aufschlüsse können unter Umständen auch die cystoskopische Untersuchung und die Katheterisierung der Ureteren regeln; die erstere läſst eine im Orificium ureteri bestehende epitheliale Wucherung direkt ersehen, durch die Katheterisierung der Ureteren kann eine Verengerung eines Harnleiters konstatiert, sowie eine vorhandene Hydronephrose entleert werden; die Kathererisierung der Ureteren ermöglicht es auch festzustellen, aus welchem Nierenbecken die gefundenen charakteristischen Neoplasmazellen stammen.

Die Prognose ist bei allen epithelialen Neoplasmen eine ernste. Was die Behandlung betrifft, so bietet nur eine möglichst frühzeitig ausgeführte Nephrektomie Aussicht auf dauernden Erfolg. Selbstverständlich muſs auch der Ureter, soweit er erkrankt ist, abgetragen werden. Finden sich Metastasen an der Blase, so muſs auch der betreffende Teil der Blase reseziert werden.

Mesodermische Neoplasmen des Nierenbeckens und des Ureters sind sehr selten; in der Litteratur finden sich im ganzen nur sieben Fälle beschrieben. Es handelte sich um vier Rhabdomyosarkome, ein Myom, ein Angiosarkom und ein lymphatisches Endotheliom. Vier von den sieben Fällen betrafen Kinder im Alter von wenigen Monaten bis zu fünf Jahren. Die Prognose ist bei diesen Neubildungen infolge ihrer rapiden Entwickelung, der Gefährlichkeit der Operation und der Häufigkeit der Rezidive direkt ungünstig. *Götz-München.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1900. Heft 6—10.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien, von Tommasoli-Palermo. Ins Französische übersetzt von L. Le Pileur. Diese umfangreiche Arbeit enthält teils statistische Zusammenstellungen über den Umfang der Prostitution in den verschiedenen Städten Italiens, teils eine geschichtliche Darlegung der verschie-

denen Stufen, die die italienische Gesetzgebung quoad Prostitutionem durchlaufen hat. Im letzten Abschnitt (S. 616 ff.) bringt T. ein von ihm selber ausgearbeitetes „Projet de Reglementation", das 44 Artikel enthält und das von Le Pileur in einem Schlufswort einer wohlwollenden Kritik unterzogen wird. Dieser Gesetzentwurf soll im Verein mit dem von Neisser ausgearbeiteten als Grundlage für den in Brüssel 1902 geplanten Kongrefs dienen.

Tuberkulose und Syphilis, von S. Bernheim. Bei der grofsen Häufigkeit von Syphilis und Tuberkulose ist es kein Wunder, wenn wir in vielen Fällen beiden Krankheiten beim nämlichen Individuum begegnen. B. hat sich nun die interessante Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in welcher Weise in solchem Fall die eine Krankheit durch die andere beeinflufst wird. Dabei treten nun ganz unerwartete Ergebnisse zu Tage. So ist z. B. ein Mensch, der von phthisischen Eltern abstammt, weniger in Gefahr, wenn er Syphilis erwirbt, auch tuberkulös zu werden, als ein von Haus aus gesunder Mensch, der aber seinen Körper durch allerlei Ausschweifungen geschwächt hat, oder der durch andere schwere Krankeiten erschöpft ist. Eine bereits bestehende Schwindsucht dagegen wird durch den Hinzutritt der Syphilis noch bedeutend verschlimmert. Noch verhängnisvoller gestaltet sich der Verlauf einer Tuberkulose, die während des primären oder sekundären Stadiums der Syphilis zum Ausbruch kommt, sie ist die bösartigste Form aller Tuberkulosen. Dagegen nimmt die Tuberkulose des Tertiarismus einen langsamen, oft in Heilung ausgehenden Verlauf.

Endlich spielt die Syphilis auch noch bei der Pathogenese der Tuberkulose eine Rolle, indem sie den Körper schwächt und durch Haut- und Schleimhautwunden dem Kochschen Bacillus Einfallspforten in den Organismus eröffne; es wird eine Bemerkung von Cadier angeführt, dafs fast alle seine Phthisiker mit schweren Kehlkopferscheinungen vorher Syphilis gehabt hätten.

Die Behandlung der Syphilis Tuberkulöser ist ziemlich aussichtslos. Quecksilber ist selbstverständlich verboten; die Spätformen vertragen unter Umständen geringe Mengen Jodkalium. *Türkheim-Hamburg.*

Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.

1900. No. 10.

Über einige funktionelle Störungen des Kehlkopfes bei der tertiären Lues dieses Organes, von Masini. Verfasser beschreibt einen Fall von spezifischer Neuritis des Recurrens mit Lähmung der Kehlkopfmuskulatur auf der entsprechenden Seite. Er weist auf die Thatsache hin, dafs diese Lähmungen aus uns noch unbekannter Ursache fast ausnahmslos linksseitige sind. Von den Lähmungen durch Kompression (Aortenaneurysma, Lymphdrüsen etc.) unterscheiden sich die neuritischen Lähmungen durch den rascheren Verlauf; aufserdem findet man bei Kompression zuerst meist nicht eine Lähmung, sondern eine Kontraktur der Kehlkopfmuskulatur und zwar in charakteristischer Form. In jedem Falle ist es empfehlenswert bei Kehlkopflähmung zuerst an Syphilis zu denken und seine Therapie danach einzurichten.

C. Müller-Genf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1900. Heft IV.

Ein Fall von Condylomata acuminata der Harnröhre des Mannes, von Strecker. Verfasser hebt an der Hand eines Falles die Häufigkeit des Vorkommens von spitzen Warzen im Verlaufe der chronischen Urethritis hervor. Bei dem be-

treffenden Patienten, der an progressiver Anämie gestorben war, fanden sich auf der Schleimhaut der Urethra im ganzen fünf Condylomata acuminata, von denen zwei auf der hinteren Wand des Kanals, 6 cm vom Meatus, ein dritter 1 cm höher und die beiden anderen etwas kleineren in der Gegend des Bulbus lagen. Die ganze Schleimhaut der Harnröhre war in einer Weise verändert, wie sie von Finger und anderen bei der chronischen Urethritis beschrieben worden ist: epidermoidale Mukosa, entzündliche Reaktionserscheinungen von seiten der Cutis mucosae, besonders im Bereiche der Urethraldrüsen.

Ein Fall von eitriger Epididymitis blennorrhoica mit einigen Betrachtungen über die Virulenz des Gonococcus, von Pizzini. Verfasser ist der Ansicht, daſs die Epididymitiden nach Blennorrhoe eine direkte Folge der lokalen Wirkung des Gonococcus sind. Die eitrigen Formen sind das Zeichen einer virulenteren Infektion, deren Ursache in der besonderen individuellen Prädisposition oder in dem Zusammenwirken besonderer Umstände (Traumata, hygienische Störungen) oder endlich in einer besonders intensiven Virulenz des Gonococcus selbst gesucht werden muſs.

Über einen Fall von disseminierter Sklerose des Rückenmarkes infolge von Lues, von Bernardelli. Die im Rückenmarke gefundenen Veränderungen beziehen sich auf die Gefäſse, auf die Verteilung und Ausdehnung der Plaques und auf die sekundären Degenerationen in den Rückenmarkssträngen. Was die Gefäſse betrifft, so bestanden die Veränderungen hauptsächlich in einer kleinzelligen Infiltration in der Umgebung der Arterien (Periarteriitis), zuweilen konstatierte man aber auch eine Infiltration der ganzen Gefäſswand (eigentliche Arteriitis) und eine Verdickung dieser letzteren. Die Plaques waren in folgender Weise verteilt: Gegen die Mitte des Dorsalmarkes war die gröſste, 2 mm lange in der Mitte 6—7 mm breite, und lag in den Vordersträngen unter der Pia. Drei weitere, 3 mm bis 1 cm lange, oberflächlich gelegene Plaques lagen ebenfalls im Dorsalmarke und zwar in den Vorder- und Hintersträngen. Eine fernere, kleinere, befand sich auf der Brücke an der Übergangsstelle zum Pedunculus cerebelli sinister.

Die Verteilung der Gefäſsveränderungen war eine ziemlich regellose und betraf sowohl die Arterien, welche von der Pia nach dem Rückenmark verlaufen als die central gelegenen und die Verbindungsgefäſse zwischen der weiſsen und grauen Substanz. Am ausgesprochensten waren diese Gefäſsveränderungen im Dorsalmarke, während sie im Lumbalmarke abnahmen. Die Venen waren frei. Die Arterien der Pia waren in derselben Weise verändert wie diejenigen der Marksubstanz. Die starke kleinzeltige Infiltration wie bei den Meningitiden fand man nirgends. Zum Unterschiede von dem Befunde bei der multiplen Sklerose, wo die Plaques hauptsächlich aus Neuroglia mit langen und sehr feinen Fibrillen bestehen, herrschten in diesem Falle die dicken Fasern von mesodermalem Gewebe vor. Bei dem letzteren ist noch besonders die frühzeitige Degeneration resp. Zerstörung des Achsencylinders hervorzuheben, der bei der typischen multiplen Sklerose erhalten bleibt.

Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der frischen Syphilis, von F. Radaeli. Verfasser gelangt nach einer Reihe von Experimenten zu folgenden Schlüssen: Bei der frischen Syphilis findet eine ziemlich beträchtliche Eiweiſszerstörung statt, sodaſs das Gleichgewicht zwischen dem eingeführten und dem durch Harn und Faeces eliminierten Stickstoff beträchtlich gestört ist. Dieser Eiweiſszerfall wird in der zweiten Inkubationsperiode nicht beobachtet sondern tritt erst mit dem Erscheinen der allgemeinen Symptome auf. Die Quecksilberkur verhindert den Eiweiſszerfall und stellt das Sticktoffgleichgewicht wieder her. Die Resorption vom Darme aus ist während der Periode der allgemeinen Erscheinungen zum mindesten weniger aktiv als während der zweiten Inkubationsperiode oder während und nach der Quecksilberkur.

Die Immunität und die Chemotaxis gegenüber Lepra bei den Tieren und direkte Versuche zur Aufhebung derselben, von N. La Mensa. Verfasser kommt zu dem gleichen Resultate in seinen Betrachtungen wie Prof. De Luca-Catania, dafs nämlich die Leukocyten der Tiere für den Bacillus der Lepra und dessen Toxine eine ausgesprochene positive Chemotaxis aufweisen, was, wenigstens teilweise, ihre Immunität gegenüber der Lepra erklären würde. Diese Immunität läfst sich experimentell (Hunger, Durst, Kälte, Überanstrengung) nicht aufheben.

Über einen Fall von Cysticercus cellulosae der Haut bei einer Gravida, von M. Pelagatti. Bei der Patientin wurden im ganzen über 80 kleine Tumoren an den verschiedenen Körperregionen konstatiert. Die Tumoren waren von verschiedener Gröfse und ragten wenig über das umgebende Hautniveau hervor. Verfasser nimmt an, dafs es sich bei der Kranken um einen Fall von Autointoxikation handelt, da man im Darmkanal nach Verabreichung der mannigfaltigsten Anthelminthica keine Proglottiden in den Fäces nachzuweisen vermochte, während sie einige Jahre zuvor eine Tänie evakuiert hatte. Zur Herbeiführung der Autointoxikation mufsten die Eier in den Magen und von da in den Organismus gelangt sein. Verfasser erreichte eine Verkleinerung respektive vollständiges Verschwinden der Cysticercuscysten durch andauernde Darreichung von kleineren Dosen von Anthelmintica neben Jodkalium und Kalksalzen. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Eine Monographie von Richard Cassirer. (S. Karger, Berlin 1901.) Unter der Bezeichnung „vasomotorisch-trophische Neurosen" werden Krankheitsbilder und Symptomgruppen zusammengefafst, bei denen es sich im Wesentlichen um Störungen der Sensibilität, Vasomotilität und Trophik der gipfelnden Teile des Körpers handelt. Allerdings ist der Name, wie der Verfasser selbst in der Einleitung sagt, in verschiedener Beziehung zu beanstanden. Denn nicht in allen den hierher gehörigen Affektionen finden sich vasomotorische und trophische Symptome vereint, und fast überall sind neben diesen Symptomen noch andere, namentlich solche sensibler Natur vertreten und zwar nicht als Begleiterscheinungen untergeordneten Charakters, sondern als selbständige Krankheitszeichen. Auch die Bezeichnung aller in Frage stehender Affektionen als Neurosen giebt zu Bedenken Anlafs. Wenn der Verfasser trotzdem den Namen „vasomotorisch-trophische Neurosen" beibehielt, so geschah das nur, weil er einen besseren Namen nicht finden konnte.

Das erste Kapitel enthält eine ausführliche anatomisch-physiologische Einleitung über die vasomotorischen und sekretorischen Centren und Bahnen, die trophischen Funktionen des Nervensystems und die Abhängigkeit der Ernährung der Gewebe von Alterationen des Nervensystems. In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Affektionen behandelt; das sind Akroparaesthesien und verwandte Zustände, die Erythromelalgie, die Raynaud'sche Krankheit und verwandte Zustände, die Sklerodermie, das akute umschriebene Oedem und die multiple neurotische Hautgangrän. Art und Lokalisation der Symptome, Verlauf, Ätiologie und Pathognose all' der genannten Affektionen weisen eine grofse Anzahl gemeinschaftlicher Merkmale auf. Im Mittelpunkt des Krankheitsbildes stehen meist die vasomotorischen Störungen, um diese herum gruppieren sich die übrigen Symptome, die sensiblen, sekretorischen und trophischen

Erscheinungen. Der Hauptsitz der Krankheitssymptome sind fast stets die Akra des Körpers, in erster Linie Finger und Zehen, in zweiter Linie Nase, Ohren und Zungenspitze. Dafs vorzugsweise die gipfelnden Teile befallen werden, ist dadurch zu erklären, dafs Reiz- und Lähmungszustände im Vasomotorenapparat auf die Gefäfse dieser Gegenden am stärksten zu wirken pflegen, und dafs diese Teile auch sonst unter ungünstigen Cirkulationsbedingungen stehen. Sehr häufig ist eine ausgesprochene Symmetrie der Veränderungen bemerkbar. Die einzelnen Symptome beschränken sich fast nie auf die Gebiete einzelner peripherer Nerven oder radikulärer Segmente. Der Verlauf ist im allgemeinen ein ausgesprochen chronischer, weist in der Mehrzahl der Fälle typische Paroxysmen und deutliche Intermissionen auf und zeigt zumeist keine Neigung zur Progredienz. Frauen erkranken etwas häufiger als Männer. Thermische Schädlichkeiten, besonders wiederholte und langandauernde Einwirkung von Nässe und Kälte scheinen ebenso wie bestehende allgemeine Dyskrasien und vorausgegangene Infektionskrankheiten einen Einfluſs auf die Entstehung und den Verlauf der Affektionen zu haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden neuropathische Individuen befallen, und zwar entweder hereditär-nervös belastete Menschen oder Menschen mit einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Nervensystems. Die Affektionen gehören, vielleicht mit Ausnahme einzelner Unterarten, zu den Neurosen. Der Sitz der Krankheit ist im Wesentlichen in dem weit durch den Körper ausgebreiteten Vasomotorenapparat zu suchen. Eine genauere Lokalisation ist zumeist nicht möglich; wahrscheinlich ist der Sitz des Krankheitsprocesses auch in den einzelnen Fällen derselben Krankheit nicht immer der gleiche. Aufser dem Vasomotorenapparat sind auch sensible und sekretorische Bahnen und Centren afficiert. Um schwere organische Veränderungen handelt es sich dabei nicht; das läfst sich schon durch den charakteristischen intermittierenden Verlauf der Affektionen ausschliefsen, überdies hat die anatomische Untersuchung stets negative Resultate ergeben. Es mufs sich vielmehr um leichte Krankheitsursachen, die sich immer wieder erschöpfen, handeln. In den meisten Fällen sind es funktionelle, d. h. in ihrem Wesen unbekannte, mit unseren heutigen Hilfsmitteln nicht nachweisbare Veränderungen. Für einzelne Fälle und Gruppen kommt Intoxikation in Frage. Die krankmachende Ursache schädigt die betreffenden nervösen Centren und Bahnen entweder direkt, oder sie wirkt von einem entfernteren Punkt aus reflektorisch ein. Die vasomotorisch-trophischen Neurosen stellen selbstständige Krankheitsbilder dar. Es kommen aber auch bei anderen Krankheiten, insbesondere bei organischen und funktionellen Affektionen des Nervensystems Symptomkomplexe vor, die den selbständigen vasomotorisch-trophischen Neurosen vollständig gleichen, aber doch nur Teilerscheinungen einer Grundkrankheit sind. Die Grenzen zwischen den einzelnen Affektionen der Gruppe sind keine so scharfen, wie es nach den meisten bisherigen Darstellungen zu vermuten war. Es kommen aufserordentlich oft Misch- und Übergangsformen vor, welche die Grenze zwischen den einzelnen Krankheitsbildern stark verwischen. In einer grossen Anzahl von Fällen finden sich Symptome zweier und selbst mehrerer der hierher gehörigen Affektionen in so typischer Weise nebeneinander, dafs eine bestimmte Diagnose überhaupt nicht möglich ist.

So schildert der Verfasser im Schlusskapitel des umfangreichen Buches in allgemeinen Umrissen die ganze Gruppe. Auf Einzelheiten hier einzugehen, verbietet der Raum. Die einzelnen Affektionen werden nach allen Richtungen hin behandelt, die in der gewifs nicht kleinen Litteratur — das Litteraturverzeichnis füllt 48 Seiten — beschriebenen Fälle werden einzeln angeführt und analysiert. Dafs in dem Buche, soweit es sich nicht um kasuistische Mitteilungen handelt, herzlich wenig objektiv nachweisbare Thatsachen, dafür aber um so mehr Schlüsse, Ansichten, Hypothesen zu finden sind, liegt in der Natur der Sache; denn das ganze Gebiet ist eben noch ein

grofses Rätsel für uns. Mancher Schluss und manche Theorie des Verfassers mag wohl angreifbar sein und wird ohne Zweifel angegriffen werden; sicherlich legt aber das Buch Zeugnis ab nicht nur für einen bewundernswerten Fleifs, sondern auch für eine klare objektive Urteilsfähigkeit. *Götz-München.*

Geschlechtstrieb und Schamgefühl von Dr. Havelock Ellis. Autorisierte Übersetzung von Julia E. Kötscher unter Redaktion von Dr. med. Max Kötscher. (Georg H. Wigand, Leipzig 1900.) Das vorliegende, über 300 Oktavseiten starke Buch stellt einen Versuch dar, das Geschlechtsleben und die damit zusammenhängenden normalen und abnormalen Vorgänge auf physiologisch-psychologische Grundlagen zu stellen. Der erste Hauptabschnitt bespricht die Entwickelung des Schamgefühls, wobei aus den Sitten verschiedener unzivilisierter Völker die Thatsachen sich ergeben, dafs Schamgefühl und Art der Bekleidung sich keineswegs decken und die zivilisierte Kleidermode der Frauen oft viel eher Schamröte erzeugen könnte, wie die locker sitzende Kleidung und auch viel weniger reinlich ist. Der zweite Hauptabschnitt des Buches handelt von dem Phänomen der Sexual-Periodizität. Aufser der Menstruation beim Weibe hält es E. für wahrscheinlich, dafs es auch beim Manne einen monatlichen geschlechtlichen Cyklus gebe, welcher sich in monatlichen periodischen Gefühlssteigerungen äufsere; ferner gebe es sowohl bei Männern wie Frauen Perioden im Jahre, besonders Frühjahr und Herbst, wo die sexuelle Leidenschaft und der Erotismus besonders stark zum Ausbruch komme, das soll zuweilen so weit gehen, dafs z. B. Männer in Kambodscha (Tropen) zweimal im Jahre, im April und September, eine veritable „Brunstzeit" haben und dann sogar Frauen töten, die ihnen nicht zu Willen sind. Im Zusammenhang damit sollen auch die grofsen Frühjahrs- und Herbst- (Ernte-) Feste zugleich die Zeiten der gröfsten erotischen Ausschreitungen bei den Völkerschaften, wo diese Feste eine grofse Rolle spielten, gewesen und geschlechtliche Verbrechen jetzt noch in den Monaten Mai bis Juli am häufigsten sein. E. führt weiterhin als Stütze seiner Theorie Originalbeobachtungen über die jahreszeitliche Periodizität der Samenergüsse im Schlaf an. Der III. Abschnitt ist der reichhaltigste und betitelt: Autoerotismus, eine Studie über die unwillkürlichen Äufserungen des Geschlechtstriebes. Das auto-erotische Gebiet ist ein ausgedehntes, die Masturbation nur ein kleiner Bruchteil desselben, es erstreckt sich von den gelegentlichen wollüstigen Tagesträumen, bei denen das Individuum völlig passiv bleibt, bis zu den beständigen, schamlosen Versuchen zur geschlechtlichen Selbstbefriedigung, die man so häufig bei Geisteskranken beobachtet. Die Bezeichnung Autoerotismus hat E. als die passendste für alle jene Zustände erfunden, das Wort „Onanie" hält er vom psychologischen Standpunkt aus für durchaus unzulässig, für den Physiologen mag es genügen. Die typische Form des Autoerotismus ist nach E. die gesteigerte geschlechtliche Erregung während des Schlafs, weitere Formen sind all die zahlreichen Masturbationsversuche, welche bei Männern und Frauen vorkommen und beinahe als physiologische Notwendigkeit auch in diesem Buche hingestellt werden. Ein spezielles Kapitel ist der Hysterie und deren Beziehungen zum Autoerotismus gewidmet und die Entstehung der Hysterie auf sexueller Grundlage als wahrscheinlich angesehen, denn „bei jedem Fall von Hysterie kann man auf seinem tiefsten Grunde ein oder mehrere Erfahrungen sexueller Art aus früher Jugend finden, die durch einen analytischen Versuch oft sogar nach einen Zwischenraum von zehn Jahren noch hervorgerufen werden können". Nach den Forschungen von Breuer und Freud ist die Hysterie, wenigstens in sehr vielen Fällen, als eine Kundgebung der sexuellen Regungen und ihrer Läsionen zu betrachten oder als eine Verwandlung des Auto-Erotismus, die rein nervöse Auffassung über

Hysterie, von Charcot und seiner Schule verfochten, dürfte also für viele Fälle keine Geltung mehr haben. Ein weiteres Unterkapitel des Auto-Erotismus ist der Masturbation, deren Vorkommen bei kleinen und gröfseren Kindern, deren Symptomen und Folgen nebst kurzem historischen Überblick über die Ansichten auf diesem Gebiete u. s. w. gewidmet. E. kommt auch hier zu dem Schlufs, dafs mäfsige Masturbation bei gesunden Individuen keine verderblichen Folgen hat, solche hingegen häufig bei neuropathisch Belasteten sind. Andererseits hält Krafft-Ebing (im Gegensatz zu Binswanger) die Masturbation als eine Ursache der Neurasthenie, womit wohl erstere als nicht gar so unschädlich anzusehen sei. In Übereinstimmung mit des Verfassers Ansicht steht die von Prof. Sudduth, welcher der Masturbation, ebenso wie dem normalen Geschlechtsverkehr, eine beruhigende Wirkung auf das Nervensystem zuschreibt und in Ermangelung normalen, sexuellen Verkehrs soll die Masturbation sogar nützliche Folgen haben (sic!). Über den Auto-Erotismus, im grofsen ganzen betrachtet, drückt sich E. zum Schlusse seiner auf reichen Litteraturstudien gestützten Betrachtung dahin aus, dafs dies Phänomen also nicht mit einer Art Irrsinn und nicht notwendigerweise mit einer Art Verderblichkeit, sondern mit einem unvermeidlichen Nebenprodukt des gewaltigen Prozesses zu thun habe, auf dem die ganze animalische Welt beruht. Drei Appendices behandeln noch 1. den Einfluss der Menstruation auf die Stellung des Weibes; 2. die Sexual-Periodizität beim Manne von F. H. Perry-Coste, wobei Verfasser in freimütiger Weise die fast acht Jahre hindurch über seine eigenen Ergüsse gemachten Aufzeichnungen verwendet und einen jährlichen, einen lunar-monatlichen und einen wöchentlichen Rhythmus unterscheidet, und 3. den auto-erotischen Einfluss in der Religion welcher wohl eines der interessantesten Punkte der sexuellen Psychologie behandelt Wenn auch manche Äufserungen in dem vorliegenden Buche mit Kopfschütteln aufgenommen, manche Schlufsfolgerungen des Verfassers als gewagt angesehen werden dürften, so erkennt man doch überall das ernste Streben desselben, Licht in diese noch wenig aufgehellten Kapitel des sexuellen Lebens zu bringen und ist jedem, der sich für diese Fragen interessiert — und das thun schliefslich wir alle — zur Lektüre empfohlen, nicht minder den Pädagogen wie den Ärzten. *Stern-München.*

Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, von Ernst Finger-Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1901.) Das Buch erscheint in fünfter „wesentlich vermehrter und verbesserter Auflage". Die Anlage des Werkes ist unverändert geblieben, dagegen wurden natürlich die Fortschritte, die seit dem Erscheinen der vorhergehenden Auflage gemacht wurden, gebührend berücksichtigt. Wenn auch gegen eine geringe Anzahl von Einzelheiten Bedenken geltend gemacht werden können, so ist doch wie den früheren Auflagen auch der vorliegenden volle Anerkennung zu zollen. Insbesondere verdient der erste Teil, der die Syphilis zum Gegenstand hat, rückhaltlosen Beifall: in gedrängter Form wird hier ein umfassendes, klares, lückenloses Bild von dem heutigen Stand der Syphilidologie gegeben. Einzelne Punkte, wie die Begründung der Dualitätslehre, das Zustandekommen und die diagnostische Bedeutung der Induration des Primäraffektes, die Notwendigkeit der chronisch-intermittierenden Behandlung sind in geradezu musterhafter Weise dargestellt. Dagegen wird die Empfehlung der Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate nicht allgemeine Zustimmung finden; die Gefahren dieser Injektionen sind nach vielfachen Erfahrungen doch gröfser und nicht so leicht und sicher zu vermeiden wie der Verfasser behauptet.

Auch die beiden Abschnitte über die venerisch-contagiöse Helkose und die Blennorrhoe zeichnen sich durch anerkennenswerte Klarheit und Übersichtlichkeit aus, die Form ist allerdings eine sehr kompendiöse. Da von dem gleichen Verfasser auch

eine anerkannt gute Monographie über die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen existiert, dürfte es vielleicht am zweckmäfsigsten sein, in Zukunft den Abschnitt über Blennorrhoe aus dem vorliegenden Buche ganz wegzulassen und dafür die beiden Monographien als zusammengehörige Teile eines Werkes zu betrachten; dasselbe würde voll und ganz dem entsprechen, was Finger in der Vorrede zur ersten Auflage des vorliegenden Buches als Zweck seiner Arbeit angab: „dem Studierenden als erster Leiter und Führer beim Studium zu dienen und dem praktischen Arzte eine rasche Orientierung zu ermöglichen. *Götz-München.*

Grundrifs der Farbenchemie zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten, von Arthur Pappenheim. (August Hirschwald, Berlin 1901.) Die tinktorielle Behandlung mikroskopischer Präparate hat schon soviel wunderbare Resultate ergeben, dafs es keinem Zweifel unterliegt, dafs wir durch immer weitere Ausbildung der Färbetechnik noch einen weit tieferen Einblick in die feinsten physiologischen und pathologischen Vorgänge gewinnen werden. Soll dieser Fortschritt aber nicht vom leeren Zufall abhängig gemacht werden, soll man zielbewufst vorgehen, dann mufs man zunächst versuchen in die bei der Färbung sich abspielenden Vorgänge einen tieferen Einblick zu thun, die Theorie der tinktoriellen Veränderungen zu erforschen. Gelingt es diese Basis zu gewinnen, dann ist man auf festem Boden. Jedes Werk, welches dazu die Wege ebnet, mufs deshalb an sich schon hochwillkommen sein. Besonders gilt das natürlich von solchen Arbeiten die gründlich und erschöpfend sind. Eine solche stellt aber das vorliegende Buch dar, eine Gesamtdarstellung dessen, was über die Farbenchemie bisher bekannt ist, soweit dieselben den Mikroskopiker, besonders denjenigen animaler Substanzen, interessiert. Es mag ja manche Autoren geben, welche daran zweifeln, dafs gerade die Chemie die Rätsel tinktorieller Veränderungen zu lösen berufen ist, da es sich um physikalische Vorgänge etc. handele, aber sicher sind diese nur zum kleinen Teile im Recht. Mag die physikalische Beschaffenheit mancher Zellen, mancher Mikrobien auch oft sehr erheblich mitspielen, in erster Reihe scheinen doch die chemischen Prozesse zu stehen, deren Aufklärung dieses Buch gewidmet ist. Dasselbe zerfällt in einen sehr umfangreichen allgemeinen Teil und in einen weniger umfangreichen speziellen Teil. Der erstgenannte behandelt: Konstitution und allgemeine Eigenschaften der Farbstoffe (Kap. I); allgemeines Verhalten der Anilinfarben zu den Gespinnstfasern und ihre technologische Anwendung (Kap. II); Verhältnis der Farbstoffe zu den Zellen und organischen Geweben und ihre histologische Anwendung: Das Differenzieren (Kap. III); vom Beizen (Kap. IV); zur Theorie des Färbeaktes (Kap. V). Angeschlossen ist ein Rückblick und Zusammenstellung der wichtigsten Hauptthatsachen des allgemeinen theoretischen Teiles. Der spezielle Teil behandelt: Wesentlich substantive Anilinfarben (Phenylmethanfarben; Chinolin und Akridinfarben, Chinoiinidkörper, Azofarbstoffe, Hydrazone etc.); nicht substantiv zu verwertende künstliche Farbstoffe; natürliche Farben. Die speziellen Färbemethoden sind nicht in dem Buche beschrieben.

In eine detaillierte Beurteilung des Wertes kann Referent natürlich nicht eintreten; dazu bedarf es zu umfangreicher, eigener Forschungen. Er mufs sich deshalb begnügen, bei diesem Buch, welches Verfasser bescheiden als ersten Versuch bezeichnet, die aufserordentliche chemische Gründlichkeit und den aufsergewöhnlichen Fleifs zu loben, mit dem das grofse Material zusammengetragen und verarbeitet ist. Natürlich finden die Arbeiten von Ehrlich, Unna, Weigert etc. besondere Berücksichtigung, wenn auch mehr Litteraturangaben zu wünschen wären. Jedem, der sich in die Färbechemie vertiefen will, wird dieses Buch künftig unentbehrlich sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Von Ärzten und Patienten. Lustige und unlustige Plaudereien, von Dr. F. Scholz-Bremen. Zweite Auflage. (Seitz & Schauer, München 1900.) Ein trefflich geschriebenes Buch, das in launigen Worten all die Leiden und wenigen Freuden schildern, welche der Arzt in seiner Lebensbahn durchzumachen hat, das gute Lehren über ärztliche Moral, Pflichten und Verschwiegenheit gibt und auch für das Laienpublikum in dem Kapitel über die Kurpfuscher (von der wilden Medizin) recht beherzigenswerte Winke giebt. Bezüglich des Spezialisten sagt Sch. in seiner so warmen, natürlichen Sprache: „Die Mischung habe ich immer als die richtigste befunden, wo ein nicht von vornherein zum Spezialisten gedrillter, sondern allseitig ausgebildeter und allseitig sich beschäftigender Arzt durch jahrelanges Studium und Erfahrungen in einem besonderen Fache sich allmählich und ganz von selbst zum Spezialisten ausgebildet hat." Die Impfversuche, welche von Ricord bis Neisser zu wissenschaftlichen Zwecken am Menschen vorgenommen wurden, verurteilt Verfasser mit vollem Recht; da jedoch sein Buch auch für Nichtärzte bestimmt ist und sicher von ihnen viel gelesen wird, so könnte die ausführliche Darstellung dieser Versuche leicht zu Mifsverständnissen führen und der „Schulmedizin" noch gar manche Anhänger zu Gunsten der sogenannten Naturärzte rauben. (V. Abschnitt: von den ärztlichen Pflichten.) Bezüglich der Zukunft des ärztlichen Standes. (VIII. Abschnitt) zählt Sch. nicht zu den Schwarzsehern, sondern er hofft, dafs auch für uns wieder bessere Tage kommen werden und die Schäden, welche das Krankenversicherungsgesetz uns geschlagen, wenigstens zum Teile durch die Einführung der freien Ärztewahl, wenn sie erst ganz durchgeführt sein wird (? Ref.), wieder gehoben würden — qui vivra, verra. In dem letzten (IX.) Abschnitt: von der Satyre gegen den Arzt zeigt sich Verfasser noch als sehr belesener Kenner der schönen Litteratur. Weitere Einzelheiten aus dem Buche, welches als Ganzes so Gutes bietet, herauszureifsen, würde nach des Referenten Ansicht den Wert desselben nur schmälern. Möge es recht vielen Kollegen zur Erheiterung und zum Trost in unangenehmen Stunden dienen!

Stern-München.

Neue Bahnen im Geschlechtsverkehre. Ein Beitrag zur Lösung der Prostitutionsfrage für gereifte denkende Leser und besonders Fachmänner, von Carl Theodor Schulz-Dresden. (Arends & Mossner, Berlin 1901.) Der Verfasser, ein Nichtarzt, giebt im vorliegenden Buche Vorschläge zur Reformation des Prostitutionswesens, welche auf eine Veredelung der Prostitution, die er als unausrottbar und auch als notwendig erachtet, und eine gesellschaftliche Gleichstellung der die Nachfrage nach aufserehelichem Geschlechtsverkehr befriedigenden Gewerbtreibenden, der Prostituierten, hinausläuft. Die gesundheitliche Frage des so überaus schwierigen Problems wird nur gestreift, während der Schwerpunkt der Ausführungen in moraltheoretischen, ethischen, volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Erörterungen liegt. Mit der Forderung, die sittliche Auffassung der freien Liebe müfste in der menschlichen Gesellschaft eine Läuterung und Erhöhung erfahren, damit aus dem nun einmal nicht zu vertilgenden aufserehelichen Geschlechtsverkehr, der bisher in der Prostitution einen heimlichen Ausweg sich gebahnt hat, eine gesellschaftlich anerkannte und nicht mehr verachtete Äufserung des öffentlichen Geschlechtslebens werde, dürfte der Verfasser wohl den umfassendsten Widerspruch erregen, weil eine solche Lösung des Rätsels doch die ganze Weltordnung von heute auf den Kopf stellen würde. Ganz abgesehen von den sanitären Seiten der Vorschläge mufs doch zugegeben werden, dafs die Prostitutionsfrage nicht allein eine gesundheitliche, hygienische ist, sondern dafs bei ihrer Lösung, da Sitte, Erziehung und öffentliche Ordnung so lebhaft von ihr mitberührt werden, auch andere kompetente Faktoren Gehör finden müssen, selbstredend unter kardinaler Berücksichtigung ärztlicher Gesichtspunkte. Ein Beweis

für diese Auffassung der Frage war auch die Zusammensetzung der Brüsseler Prophylaxekonferenz. Glaubt nun etwa der Verfasser, dafs, gesetzt die Ärztewelt nähme seine Vorschläge an, wovon aber das gerade Gegenteil wahrscheinlich ist, von Seiten der anderen mafsgebenden Faktoren des Staates auch nur einer seinen Versuch der Lösung des Prostitutionsproblems für einen glücklichen halten wird? Dem Referenten scheint dies ganz ausgeschlossen. In der vom Verfasser angedeuteten Richtung läfst sich der Weg zur Rettung sicher nicht beschreiten, denn nur Vorschläge, die auf realem Grund und Boden basieren, sind diskutierbar. Vorschläge dagegen, die so weitgehend und — sit venia verbo — revolutionär genannt werden müssen, wie die im vorliegenden Buche gegebenen, können die Fortschritte, die den Bestrebungen aller berufenen Kreise — wenn auch noch nicht offen zu Tage tretend — endlich zu folgen scheinen, höchstens wieder gefährden. Lesenswert ist das Schulzsche Buch aber jedenfalls, und kein Autor der Prostitutionslitteratur wird es übersehen dürfen.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Tuberkulose der Harnblase, von Leop. Casper. (*Medicinskoje Obosrenje.* Juli 1900.) Verfasser berichtet über 35 Beobachtungen von Blasentuberkulose, von denen nur drei unkompliziert waren, 32 Fälle dagegen kompliziert waren entweder mit Tuberkulose der Nieren oder der Geschlechtsorgane, oder der Lungen, oder der Gelenke, oder mehrerer Organe zugleich, oder endlich in einem Fall mit Lupus. Mehrfach ging der Blasentuberkulose ein Tripper voraus, woher Casper den Tripper, und insbesondere denjenigen der Blase, als ein Trauma ansieht, welches bei erblicher Disposition des Individuums günstige Bedingungen schafft für die Entwicklung von Tuberkulose. Hinsichtlich der Therapie spricht sich Verfasser vor allem für ein roborierend-diätetisch-hygienisches Verfahren aus und empfiehlt daher mehrjährigen Aufenthalt in einem südlichen Klima bei innerem Gebrauch von Kreosotal- und Guajacol-Karbonat. Zur lokalen Behandlung eignen sich am meisten die Milchsäure, welche aber unerträgliche Schmerzen verursacht, und das Sublimat. Letzteres wendet Verfasser zunächst in Instillationen von der Konzentration 1 : 10000—1 : 1000 an, später in Einspritzungen — je 50 ccm auf einmal, wobei aber schwächere Lösungen gewählt werden, nämlich von 1 : 10000 bis 1 : 5000. Nie soll man so viel Flüssigkeit auf einmal einspritzen, dafs der Kranke Schmerzen infolge Dehnung der Blasenwände verspürt und nie soll man die Instillationen oder Einspritzungen häufiger als höchstens zweimal in der Woche vornehmen.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Behandlung der tuberkulösen Cystitis, von E. Desnos. (*Journ. de pratic.* 1900. No. 15.) Das Wichtigste bei der Therapie der tuberkulösen Cystitis ist die Allgemeinbehandlung, wie sie für Tuberkulose überhaupt indiziert ist. Heftige Schmerzen in der Blase erfordern Verabreichung schmerzstillender Mittel per rectum, besonders gut wirken Antipyrineinläufe (Antipyrin 1,5, Tct. Opi. croc. gtt. XII, Decoct. Althae. 100,0 Ds. zum Klystieren). In Fällen, in denen die Blase stark kon-

gestiniert ist, ist die Applikation ableitender Mittel, wie Jodtinktur, Äthyl- bezw. Methylchlorid am Platze; auch punktförmige Kauterisation am Hypogastrium wirken manchmal gut. Intravesikale Eingriffe sind in allen Fällen von erethischer, mit Kongestionszuständen verbundener, leicht und stark blutender Blasentuberkulose, sowie in den Anfangsstadien der tuberkulösen Cystitis streng zu vermeiden, auch die Einführung eines Katheters zu diagnostischen Zwecken ist verpönt. (Die Cystoskopie, die in vielerlei Fällen sicher unentbehrlich ist, wird überhaupt nicht erwähnt. Ref.) Nur in mittelschweren Fällen mit sich gleichbleibenden Symptomen sind intravesikale Eingriffe am Platze, und zwar ausschliefslich in Form von Instillationen; am besten verwendet man dazu 1%ige Pikrinsäurelösung, von der jeden zweiten Tag 2 ccm in die leere Blase und in den Prostatateil der Harnröhre appliziert werden. Besteht chronische inkomplete Retention, so ist methodische Katheterisierung notwendig; nach den erstmaligen Einführungen des Katheters werden zur Desinfektion 10—15 g einer Guojakol-Jodoformlösung (Guajacol. 5,0, Jodoform 1,0, Ol. oliv. steril. 100,0) in die Blase gebracht. Injektionen dieser Lösung wirken auch in sehr schmerzhaften Fällen ohne Retention sehr gut. — Bei stetigem Fortschreiten der Affektion ist die Cystotomie indiciert: findet sich eine cirkumskripte Tuberkulose, so werden die Herde excidiert, abgekratzt oder kauterisiert; andernfalls läfst man die Blase einige Zeit offen, wodurch stets eine Verminderung der Symptome, sehr oft auch ein Stillstand in der Entwickelung der Krankheit erzielt wird. *Götz-München.*

Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase, nebst Bemerkungen über Metaplasie, von R. Benecke-Braunschweig. (*Virch. Arch.* Bd. 161. Heft 1.) Benecke führt den von ihm untersuchten Fall auf eine embryonale Keimversprengung zurück. Wilms hat sich Benecke in der Deutung des Falles angeschlossen. Von Wichtigkeit war der Nachweis quergestreifter Muskelfasern. Ein weiterer Beweis ist durch die Gründe gegeben, welche Wilms als Stütze seiner Hypothese anführt, dafs die Mischgeschwülste des Harnapparates einer embryonalen Verschleppung von Keimanlagen des Sklerotoms und Myotoms in die Urnieren-Anlage, bezw. längs des Urnieren-Ganges ihre Entstehung verdanken.

Die wichtigsten Gründe Wilms für seine Anschauung sind: 1. Die Entstehung von Tumoren aus einem an ihrer Peripherie nachweisbaren Keimgewebe, welches sich dann weiterhin zu verschiedenen Gewebeformationen differenziert; 2. das Verhalten der Metastasen, welche gleichfalls verschiedene Gewebe bilden können, wenn auch nur ein indifferentes Keimgewebe verpflanzt ist. 3) Die Mischung der Gewebe, wobei aus demselben Grundgewebe nicht nur die verschiedenen Formen der Stützsubstanzen, sondern auch quergestreifte Muskelfasern und sogar Epithelien (Nierenkanälchen) entstehen; 4. die räumliche Beziehung der betreffenden Tumoren zu den Gebilden des Wolffschen Körpers, bezw. Ganges (Niere, Ureter, Vas deferens), welche der Versprengungstheorie gerade die Bahnen weist.

Beneckes Beweisführung im einzelnen wiederzugeben, seine gedankenreichen Ausführungen über Metaplasie, Anaplasie u. á. hier zu skizzieren, würde den Rahmen eines Referates weit überschreiten. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Entleerung einer gröfseren Menge Harnsteinen nach einer Urethrotomia interna, von Loumeau. (*Ann. de la Policlinique de Bordeaux.* 1900. No. 6.) Bei einem 45jährigen Patienten mit Störungen im uropoëtischen Systeme (Gefühl von Druck in der linken Lendengegend, der sich beim Fahren zu starken Schmerzen steigert, seltenes Vorhandensein von blutigen Streifen im Urin) mufste wegen einer postblennorrhoischen Striktur die Urethrotomia interna ausgeführt werden. Am dritten

nach der Operation stellte sich ein äufserst heftiger, typischer Anfall von Nierenstein, der mit der Entleerung von 10 Harnsteinen endete. Diese Entleerung erfolgte wahrscheinlich auf reflektorischem Wege. *C. Müller-Genf.*

Einen voluminösen Harnblasenstein exstirpierte Morelle bei einem 38jähr. mittelst Sectio hypogastrica. Der Stein war von etwas unregelmäfsiger rundlicher Gestalt, mafs in seinen längsten Durchmessern 5,2 und 6,2 cm und wog 112 g. Er bestand aus phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 23.) *C. Müller-Genf.*

Fall von Fremdkörper (Fieberthermometer) in der Blase, von J. H. Morgan. (*Lancet.* 1900. No. 4015.) Bei einer 32jährigen unverheirateten Frauensperson, welche früher wegen Magengeschwürs, fieberhaften Rheumatismus, Fissura ani und Hämorrhoiden in Hospitalbehandlung gewesen war, wurde ein Blasenstein konstatiert. Die Lithotripsie ergab beim Ausspülen Quecksilberkügelchen und Glasstückchen. Mit der Zange wurde ein Zoll grofses Stück eines Thermometer entfernt. Nachträglich wurden noch einige Steinstückchen und Quecksilber sowie etwas Blut im Urin entleert, und bei der Entlassung ca. 6 Wochen p. o. hatte die Kranke (zweifellos Hysterica übrigens) noch über allerlei Beschwerden zu klagen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Hutnadel in der Harnröhre, von Launcelot Brown-Unionville. (*New York med. Journ.* 7. Juli 1900.) 75jähriger Mann konnte nicht urinieren und stellte deshalb eine Damenhutnadel mit dem Kopf voran in seine Harnröhre; die Nadel entglitt ihm und er konnte sie nicht mehr herausbringen. Trotz grofser Schmerzen konnte Patient nun urinieren. Bei der ärztlichen Untersuchung fühlte man genau den Fremdkörper am Perinäum, es wurde nach entsprechendem Einschnitt derselbe ohne Schwierigkeit entfernt. Mit zwei Nähten wurde die Wunde geschlossen, Patient hatte im Spital keine Harnbeschwerden und wurde nach fünf Tagen aus demselben entlassen. Im Anschlufs an die zwei, im *Brit. med. Journ.* (von Hawley, 17. März) und im *Province med.* (von Bonnet, 21. April) beschriebenen, Fälle von Hutnadeln in der männlichen Harnröhre ist der vorliegende zur Kasuistik der Fremdkörper erwähnenswert. *Stern-München.*

Lithotripsie und Cystotomie, von P. Morelli. (*Il Morgagni.* 1900. No. 6.) Verfasser vergleicht an der Hand von mehreren Fällen die Erfolge der beiden Operationen und kommt zu dem Schlusse, dafs 1. wenn auch zuweilen nach der Lithotripsie Recidive beobachtet werden, diese absolut nicht immer auf Rechnung der Operationen zu schreiben sind. 2. Recidive kommen übrigens, und zwar keineswegs selten, auch bei der Cystotomie vor, welche von vielen Autoren als die einzige rationelle Operation bei Blasenstein angesehen wird. 3. Es ist vollständig unrichtig zu behaupten, dafs die Lithrotripsie der Gefahr aussetzt, Steinfragmente in der Blase zurückzulassen, um welche herum sich dann neue Konglomerate bilden. Diese Zufälle beruhen auf Mangel an Gewandtheit, Sorgfalt und Ausdauer des Chirurgen oder auf Nachlässigkeit von Seiten des Patienten. 4. Die Epicystotomie erlaubt zwar besser wie jede andere Operation eine vollständige Ausräumung der Blase. Bleibt aber ein noch so kleines Fragment darin zurück, so befindet sich der Operierte unter ungünstigeren Bedingungen, als wenn die Lithotripsie oder die perineale Cystotomie ausgeführt worden wäre. *C. Müller-Genf.*

Zur Therapie der Impotenz, von Mendel. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1900.) Von den beiden Formen der Impotenz, der Impotentia generandi und coeundi, bespricht Verfasser nur die letztere in dem vorliegenden Aufsatz. Zunächst giebt er eine

Schilderung der Vorgänge beim normalen Coitus und beschreibt dann die Störungen, welche den geschilderten Mechanismus treffen können; sie betreffen entweder den peripheren Sexualapparat (mechanische Impotenz) oder beruhen auf einer übermäfsigen Reizung der sensiblen Bahn, oder neuritische Prozesse in den Reflexbahnen sind vorhanden, oder, und zwar meistens, es handelt sich um eine Lähmung oder reizbare Schwäche der sexualen Rückenmarkscentren, infolge von Jahre lang betriebener Onanie; endlich können vom Gehirn aus hemmende Fasern auf jene Rückenmarkscentren einwirkend in Aktion treten, wie bei Hypochondern, die von vornherein mit Zweifeln an ihrer Potenz den Coitus auszuüben suchen. Was die Behandlung anbelangt, so empfiehlt Verfasser bei reizbarer Schwäche vor allem vollständige Abstinenz; Regelung der Diät ist notwendig, Galvanisation der Lendenwirbelsäule, vorsichtige Massage, Hebung des Allgemeinbefindens sind zu empfehlen. Von inneren Mitteln empfiehlt Verfasser Phosphor, Strychnin, Kokain, Sperminum Poehl und das Yohimbin, welches als Sol. Yohimbini 3 mal täglich 5—10 Tropfen gegeben wird. Bei der hypochondrischen Impotenz wirkt vor allem der Zuspruch des Arztes und irgendwelche gleichgültige Suggestionsmittel. (Als Suggestionsmittel wirkt nach Verfasser auch wohl meist der Gassnersche Apparat.) Die Kühlsonde scheint Verfasser nicht zu lieben. Am Schlufs warnt er vor unüberlegter Empfehlung des Heiratens als Heilmittel. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Frage der Florenceschen Reaktion auf Spermaflecke, von Dawydow. (*Pharm. Centralh.* 1900. No. 17.) Die Florencesche Reaktion, welche auf der Eigenschaft des Jod, eine krystallinische Verbindung mit einem der Bestandteile des Sperma zu bilden, beruht, hat Dawydow modifiziert. Das Nähere ist im Original nachzulesen. *A. Strauſs-Barmen.*

Ein Fall von überzähligem Hoden, von G. R. Turner-London. (*Lancet.* 1900 No. 4012.) Das Vorkommen eines dritten Hodens ist von mancher Seite (Mc Carthy, Lydston) als eine Fabel betrachtet worden. Turner berichtet folgendes: Ein 3½jähr. gesunder Knabe zeigte aus der rechten Seite im Skrotum eine durchscheinende, irreponible Schwellung, welche den Eindruck einer Hydrocele im Verein mit einer Hernie machte. Im Grunde des Hodensacks fühlte man deutlich einen Hoden und über demselben ein zweites, kleineres, rundliches Gebilde. Beim Incidieren erwies sich der Tumor als eine abgeschlossene Cyste, und es wurden zwei deutlich ausgebildete Testikel, von denen der gröfsere, untere eine Hydrocele zeigte, konstatiert. Einen ähnlichen Fall hat Lane beobachtet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Überzähliger Hoden, von W. Lossen-Dresden. (Festschrift z. Feier d. 50jähr. Bestehens des Stadtkrankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt. Wilhelm Baensch, Dresden 1899.) An einem durch die Operation einer Hydrocele tunicae vaginalis gewonnenen Präparate fanden sich an der Innenseite der Scheidenhaut zwei bohnengroſse, rundliche Tumoren, die als gut ausgebildete Hoden erkannt wurden. Am unteren Ende eines jeden Hodens setzte sich ein Nebenhoden an; der obere Nebenhoden ging in einen 8 cm langen, 1½ mm dicken, abwärts führenden Strang über, der aus Nebenhodenkanälchen bestand und sich bei seinem Eintritt in den unteren Nebenhoden nicht weiter verfolgen liefs. Es handelte sich demnach nicht um zwei, sondern um einen in zwei Teile zerlegten Nebenhoden. Die untere Hälfte dieses Nebenhodens ging an der einen Seite in ein Vas deferens über, welches bei normaler Dicke nur ein Lumen hatte und in der Wand der Hydrocele bis zum Samenstrang verlief. Von den vier Blutgefäſsen des Samenstranges begleiteten zwei das Vas deferens und den Verbindungsstrang zwischen beiden Teilen des Nebenhodens, zwei

verliefen direkt zu den beiden Hoden. Die histologischen Verhältnisse der Organe waren vollständig normal, die Spermatozoenbildung sehr lebhaft.

Ein normal gebildeter rechter Hoden fehlte, dagegen war ein vollständig normaler linkseitiger Hoden vorhanden. Das Individuum besafs also drei Hoden — der erste Fall von überzähligem Hoden, der bis jetzt beobachtet worden ist. Die Doppelbildung des rechtsseitigen Hodens ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dafs die Keimdrüse der betreffenden Seite schon zu einer Zeit doppelt angelegt war, wo eine Vereinigung der Hoden und Nebenhodenanlage noch nicht stattgefunden hatte, und dafs jede der beiden Keimdrüsenanlagen gesondert mit der Urniere in Verbindung trat und sich selbständig weiter entwickelte. Die Zerlegung des Nebenhodens in zwei Hälften erfolgte wahrscheinlich erst während des Descensus der beiden Hoden. Da nämlich nur der tiefer gelegene Hoden mit dem Leitband verbunden war, konnte nur dieser den normalen Descensus durchmachen; beim Tiefertreten übte er dann einen Zug auf den mit ihm nur durch den Nebenhoden verbundenen höher gelegenen Hoden aus. Dabei wurde der mittlere Teil des gemeinschaftlichen Nebenhodens in die Länge gezogen. *Götz-München.*

Akute Orchitis, von Val. Bucohel-Louisville. (*Louisville Journ.* 1900. No. 2.) Die akute Hodenentzündung entsteht entweder traumatisch, idiopathisch oder sekundär als fortgeleitete Erkrankung benachbarter Organe oder als metastatische Affektion. Bei Ektopie des Hodens, der dann oft dem Druck gegen den Abdominalring ausgesetzt ist, beobachtet man zweierlei Orchitis. Metastatisch oder hämatogen erkrankt der Hoden bei Parotitis, Syphilis, Typhus. Auch beanspruchen Gicht und Rheumatismus ein ätiologisches Interesse, findet man doch auch bei Gicht zuweilen Hodenatrophie. Blennorrhoische Orchitis ist keine zu häufige Erscheinung, und gesellt sich nur sekundär zur blennorrhoischen Epididymitis. Traumatische Ursachen sind Katheterismus, Fisteloperationen, Entleerung von Hydro- oder Hämatocelen und sexuelle Exzesse. Aus dem folgenden etwas von der Therapie des Verfassers: Bekksches Suspensorium oder andere Bandage. Intern Morphium bis zur Schmerzlosigkeit; Akonit-Guajacolglycerine zum Bestreichen des Skrotums. Ferner wird damit ein luftdichter Verband angelegt, der täglich zweimal gewechselt wird. Auch heifse Breiumschläge mit Tabakzusatz thun gute Dienste. Mit kalten Umschlägen, die oft im Anfang gut vertragen werden, mufs man vorsichtig sein mit Rücksicht auf eventuelle Gangrän, dasselbe gilt für Skrotalkühler. Die Verdauung ist durch Kalomel und nachfolgende Salina zu regeln. Bei hartnäckigen Entzündungen setzt man Blutegel an den äufseren Leistenring oder venaeseziere am Skrotum eine geschwollene Vene. Im schlimmsten Fall punktiere oder incidiere man die seröse oder fibröse Haut, was bei Abscefsbildung natürlich in ausgedehntem Mafse zu geschehen hat.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von tuberkulöser Epididymitis, von Markus Tessler-St. Paul. (*St. Paul Journ.* 1900. No. 5.) Vorliegender Fall betraf einen 32jährigen, ledigen Mann, welcher sonst keine Spur von Tuberkulose aufwies. Zwei Jahre hindurch vergröfserte sich allmählich der linke Hoden, dann wurde auch der rechte ergriffen, es bildeten sich Abscesse und Fisteln in das Skrotum und an der Glans penis erschien ebenfalls ein Geschwür. Das Leiden wurde anfangs für Syphilis gehalten, dann mit Salben u. s. w. behandelt. Endlich wurde die richtige Diagnose gestellt und die Exzision der kranken Stellen vorgenommen, zuerst des rechten Testikels, worauf auch das Geschwür am Glied ohne weiteres heilte, und später des ganzen linken Nebenhodens. Die Heilung ging glatt von statten und der Fall beweist, wie T. hervorhebt, dafs die konservative Therapie — Excision — der radikalen Kastration, welche von

einem berühmten Chirurgen in Chicago hier dringend angeraten worden war, vorzuziehen sei. *Stern-München.*

Die Beziehungen der Vesiculitis seminalis zur Impotenz, von Roman Guiteras. (*New York med. Journ.* 11. Aug. 1900.) Von den drei Arten der Impotenz, der organischen, psychischen und atonischen, kommt hier nur die letztgenannte in Betracht. Diese teilt Verfasser wieder ein in adynamische und irritative, von welchen die erstere irgend einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks oder einer schwächenden Krankheit, wie Anämie, Gicht u. s. w., letztere einer Kongestion oder Entzündung der hinteren Urethra oder deren Adnexe entspringt. Bei dieser irritativen Form sind die Lumbarcentren in einem ständigen Zustand der Erregbarkeit, so dafs die Ejaculation im Moment der Immissio oder schon vorher stattfindet. Urethritis posterior, Strikturen, Excesse in Venere, Prostatitis u. a. m. sind die gewöhnlichen Ursachen dieses Zustandes. Zahlreiche Untersuchungen führten nun G. zu der Überzeugung, dafs Störungen in der Funktion der Samenbläschen eine viel wirksamere Ursache der atonischen Impotenz seien, als Prostatitis oder Urethritis posterior. Die Entzündung der Samenbläschen ist ja gröfstenteils eine Folge von Prostataerkrankungen (akuter Prostatitis, Prostataabscefs u. s. w.). In den meisten dieser Fälle zeigt der Patient bei der Rektaluntersuchung in dem Moment, wo der Finger die Samenbläschen berührt, Schmerzgefühl oder wenigstens deutliche Empfindlichkeit; Guiteras' Erfahrung scheint sogar so weit zu gehen, dafs er die Dilatation und den Zustand der sogenannten spermatischen Retention fühlt, und beschreibt genau die betreffenden Befunde und deren Ursache. Die Behandlungsmethode, welche er einschlägt, ist folgende: interne Mittel, um den Urin im Falle von Hyperacidität zu neutralisieren, rektale Irrigation (jede Nacht) einer normalen Salzlösung oder Leinsamenthee von 41—46° Hitze und Massage der inneren Genitalien alle fünf Tage, welcher unmittelbar eine Harnröhrenirrigation bei vorhandener Prostatitis oder hinterer Urethritis zu folgen hat; Abhaltung aller, besonders geschlechtlicher Reizmittel. Nachdem die Symptome von Entzündung und Reizung gebessert sind, gebe man Tonica, wie Strychnin und Eisen; auch Elektricität mit der Rektalelektrode kann angewandt werden. Von den als Beispiele beschriebenen 7 Fällen wurden die meisten im Verlaufe von zwei Monaten nach dieser Methode zur Heilung gebracht. Bei Fall 3, einem 19jährigen Studenten, der noch keinen weiblichen Verkehr gehabt hat, also auch nicht angesteckt worden, jedoch hochgradiger Neurastheniker war, erscheint jedenfalls die deutlich beschriebene Affektion der Samenbläschen (nicht sehr vergröfsert, sehr schmerzhaft auf Druck) sehr auffallend, ebenso wie der Umstand, dafs die oben angegebenen Rektalinjektionen und Massage bedeutende Besserung erzielten. Zum Schlusse hebt G. nochmals hervor, dafs er zwar andere prädisponierende Ursachen atonischer Impotenz, wie chronische Entzündung der hinteren Urethra, Prostatitis, Varicocele u. s. w. zuläfst, in den meisten Fällen aber die Entzündung der Samenbläschen das ausgesprochenste pathologische Merkmal sei.

Stern-München.

Studium über die Hydrocele, von Federici. (*Rif. med.* 1900. No. 46—49.) Nach einer ausführlichen Beschreibung der Hydrocele in Bezug auf Symptomatologie, Differentialdiagnose, Pathogenese, welche nichts Neues bringt, kommt Verfasser auf die Therapie der Affektion zu sprechen, wie sie an der chirurgischen Klinik des Prof. Roth zu Sassari praktiziert wird. Dieselbe besteht darin, dafs nach dem Vorschlage von Hueter der Tumor zunächst am unteren Pole und dann am entgegengesetzten incidiert wird; die Höhle wird sodann drainiert und mit Borlösung ausgespült, welches Verfahren täglich wiederholt wird, bis es zur Verlötung der beiden

Tunicablätter gekommen ist. In der grofsen Mehrzahl der Fälle genügt diese einfache Methode und nur selten ist eine Ausspülung mit einer Jodlösung nötig, wenn nämlich die Verklebung gar zu lange auf sich warten läfst. *C. Müller-Genf.*

Der Einfluſs der Varicocele auf die Geschlechtsfunktionen, von C. Williams. (*Clinical Journ.* 15. Februar 1899.) Aufser Schmerzen, Gefühl von Schwere und sonstigen neuralgischen Erscheinungen am Hoden ist öfters bei Varicocele eine Verminderung der Zeugungsfähigkeit zu bemerken, indem der Akt sich nur langsam und mühsam vollzieht oder auch, bei konkomitierenden Affektionen der Prostata, in übelster Weise. Die Samenflüssigkeit ist meist reichlich aber wässrig, und es besteht Neigung zu nächtlichen Pollutionen. Die zweckmäfsigste Behandlung ist die Resektion. Ein Suspensorium giebt etwas Linderung, erweist sich aber fast immer als unzureichend. W. zieht die Bennettsche Operation mit Entfernung eines genügenden Stücks der Venen en masse und Vereinigung der durchschnittenen Enden mit feiner Seide vor. In vielen Fällen hat Verfasser nicht nur Beseitigung aller subjektiven Beschwerden, sondern auch prompte Wiederherstellung der fehlenden Virilität gesehen. Hodenatrophie, wie in Textbüchern öfters angegeben wird, kommt nach seiner Erfahrung niemals vor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zum Kapitel der sexuellen Neurasthenie, von Seliger-Schmiedefeld. (*Ärztl. Prax.* 1900. No. 14.) Für die mit chronischer Prostatitis ohne Sekretion verbundene Neurasthenie empfiehlt der Verfasser unter Verwerfung alles Bougierens, Dilatierens und Massierens vom Rektum aus hydrotherapeutische Mafsnahmen — schottische Douche, Psychrophor Winternitz, Thermopsychophor. Für den von Scharff-Stettin angegebenen Thermopsychophor hat der Verfasser einen verbesserten gleichen Apparat konstruiert, bei dem die abwechselnd heifsen und kalten Wasserströme durch Übertreten aus weiten in ganz enge Röhren noch eine Art Vibrationsmassage erzeugen. Nachts läfst Seliger mit Äther oder Äthylchlorid gefüllte hohle Hantelpessare in den Mastdarm einlegen. Auch die Höhenluft in etwa 800 m Mittelgebirge wirkt meist sehr günstig für diese Art Neurasthenie. *Hopf-Dresden.*

Akute traumatische Entzündung der Prostata, auf Blase und Samenbläschen fortgesetzt, von J. M. Thomson-Boston. (*New York. med. Journ.* 7. Juli 1900.) Vorliegender, aufserordentlich eingehend beschriebener Fall ist, wie Th. hervorhebt, in mehrfacher Hinsicht erwähnenswert. In erster Linie wird akute, parenchymatöse Prostatitis primären Ursprungs nur selten in der Praxis beobachtet, ebenso wie Entzündung der Samenbläschen, ferner ist der Verlauf des Leidens eigentümlich, indem Patient noch sieben Wochen nach dem Beginn dieselben akuten Symptome zeigte wie am zweiten Tage. Der Unfall passierte in der Weise, dafs Patient beim Radfahren auf einen grofsen Stein stiefs, vom Rad geschleudert wurde und gerade mit dem Perinäum gegen die Spitze des Sattels fiel (25. Aug. 1899). Anamnestisch ist zu erwähnen, dafs Patient im Sommer 1892 seine letzte Blennorrhöe mit völliger Heilung durchmachte. Es traten nach dem Unfall heftige Schmerzen sowohl beim Gehen wie Sitzen ein, auch das Urinieren wurde schmerzhaft und drängend, ebenso der Stuhlgang. Als nach 14tägiger Behandlung mit Ruhe und Umschlägen keine Besserung eintrat, wandte sich Patient an einen Spezialisten in London, der eine Striktur diagnostizierte und expektative Behandlung vorschrieb. Dies blieb jedoch auch erfolglos und Patient kam nach durchgemachter Seefahrt in Behandlung des Verfassers (13. Oktober). Aufser den schon zu Beginn und noch gleicherweise vorhandenen lokalen Symptomen war auch noch allgemeine Depressionen, mangelndem Geschlechtstrieb, geringer schleimig-eitriger Ausfluſs aus der Harnröhre vorhanden; bei

der aufserordentlich schmerzhaften Digitaluntersuchung wurden beide Seitenlappen der Prostata sehr vergröfsert, verhärtet, heifs und schmerzhaft beim leisesten Druck befunden, der Mittellappen und beide Samenbläschen mäfsig vergröfsert, resistent und bei Berührung schmerzhaft. Der Urin war trübe, Flocken und Fäden enthaltend. Die Behandlung bestand nun darin, letzteren sauer, steril und frei von Irritantien zu halten, Besserung des Allgemeinzustandes zu erzielen; strenge Diät (keine Alkoholika, Milch und Weifsbrod, Stuhlgang), zwei Stunden vor dem Bettgehen kein Getränk oder Nahrung, heifses Bad jeden Abend. Innerlich wurden Urotropin (0,1—0,2), ferner Salol in Kapseln nach jeder Mahlzeit gegeben, späterhin, wenn der Harn normal schien, Sandelölkapseln (à 10 Tropfen). Nach Umlauf von drei Wochen war beträchtliche Besserung vorhanden, Urotropin und Sandelöl wurden noch weiter gegeben und Irrigationen von Kalium permanganicum (1 : 5000 bis 1 : 2000) täglich gemacht; heifse Sitzbäder und Warmwasser-Injektionen in den Mastdarm brachten grofse Erleichterung. In den letzten zwölf Tagen der Behandlung wurden jeden vierten Tag Prostata und Samenbläschen vorsichtig massiert. Dem Umstande ferner, dafs Patient die drei Hauptvorschriften: Ruhe, einfache, aber nahrhafte Diät und Enthaltung von sexueller Erregung strenge einhielt, schreibt Th. die schliefslich, d. h. nach einem Monat (15. November) erzielte völlige Heilung zu. In seinen weiteren Ausführungen bespricht er noch Prognose und Ätiologie der Prostatitis im allgemeinen, die Untersuchungsmethoden (Expressionsprobe und Rektalpalpation, Lagerung bei derselben) und die Schwierigkeiten, welche die oft vorhandene Phosphaturie bezüglich der Diagnose bietet. *Stern-München.*

Zur Krankenpflege bei Prostataleiden, von Ferdinand Kornfeld. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1900. No. 4.) In klarer Weise bespricht Verfasser das aufserordentlich wichtige Kapitel der Krankenpflege bei Prostatikern, welche seitens der Ärzte im ganzen viel zu wenig beachtet wird. Zunächst gilt es alle Schädlichkeiten vermeiden, die Kongestionen zu den Beckenorganen bewirken: Regelung der Darmfunktionen, Beschränkung der Bettruhe, des zu vielen Sitzens, Vermeiden jeder Erkältung (Sitzen auf kalten Steinen, barfufs aus dem Bette heraussteigen). — Zum Urinieren das Bett nachts verlassen (warmes Schuhwerk); vor dem Urinieren morgens sich etwas im Zimmer bewegen; Vermeiden von langdauernden Diners, forzierten Märschen (Bergtouren). — Geschlechtsverkehr in mäfsiger Weise ist gestattet. — Dem Drang zum Urinieren mufs man stets sofort nachkommen und dabei die Stellung einnehmen, bei der die Entleerung am leichtesten von statten geht. — Gut sind laue Sitz- und Wannenbäder, trockene Frottierungen der Haut, bei Bedarf laue Eingiefsungen. — Die Menge der zugeführten Flüssigkeit mufs um so mehr beschränkt werden, je mehr Harndrang und Harnstauung ausgesprochen sind. Betreffs der Qualität der Flüssigkeiten ist Verfasser nicht zu ängstlich, er gestattet Rotwein, etwas Bier, bei sehr herunterkommenden, appetitarmen Patienten auch pikante Speisen. Ausschliefsliche Milchkost ist für längere Zeit nicht von Vorteil und auch nicht durchführbar. — Bei Urosepsis, die oft unerwartet und plötzlich eintritt und dann um so gefährlicher ist, deren Prognose im Beginne nicht immer mit Sicherheit gestellt werden kann, wird die Krankenpflege viel zu leisten haben, um das Durstgefühl zu stillen, die Fröste erträglicher zu machen, das Erbrechen zu mildern. Ein Hauptpunkt bei der Pflege der Prostatiker ist die Versorgung der Katheter, die sie zum Selbstkatheterisieren gebrauchen. Von den Bemerkungen sei besonders hervorgehoben das Vorwärmen des Katheters, welches die Prozedur beschwerdeloser macht. — Man hüte sich vor Vielthuerei, man nützt den Kranken oft mehr durch das, was man unterläfst, als durch das, was man thut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kasuistik der Prostataverletzungen, von F. M. Oberländer. (Festschr. z. Feier d. 50jähr. Bestehens d. Stadtkrankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt. Wilhelm Baensch, Dresden 1899.) Der Verfasser hat 4 Fälle von schwerer Erkrankung der Prostata beobachtet, die alle durch einen heftigen Fall auf das Gesäfs in sitzender Stellung verursacht waren. Bei keinem der 4 Patienten war eine Blennorrhoe vorhanden. Bei dem ersten Kranken traten sofort nach dem Unfall starke Schmerzen im After, Schwächegefühl im Kreuz und grofse Empfindlichkeit der Harnröhre auf. Der Analring war bei dem Patienten ziemlich schlaff, die Prostata ungefähr in der Mitte gelagert, uneben-hockerig, prall-elastisch und sehr schmerzhaft. Der Zustand blieb Monate lang ziemlich unverändert. Dann entleerte sich, nachdem wiederholt akute Urinretention aufgetreten war, plötzlich eine grofse Menge blutigen Eiters durch die Harnröhre. Von da an verloren sich die Beschwerden allmählich. — Bei dem zweiten Kranken stellten sich nach dem Unfall heftige Schmerzen im After, starker Harndrang und konstanter brennender Schmerz in der Eichel ein. Das Becken war hier mäfsig steil, die Anusmuskulatur schlaff, die Prostata, die sehr weit unten lag, war beiderseits kleinapfelgrofs, glatt, weich-elastisch, auf Druck sehr schmerzhaft. Einige Zeit nach dem Unfall fand sich ab und zu Blut im Urin, der Harndrang wurde so stark, dafs in 24 Stunden 60—80 Harnentleerungen erfolgten. Die Kastration, die neun Monate nach dem Unfall ausgeführt wurde, bewirkte zwar eine rasche Verkleinerung der Prostata, aber nur vorübergehende Besserung der Symptome. Insbesondere klagte der Patient in der Folge über heftige Schmerzen nach Erektionen, die sich angeblich mehrere Male in der Woche und zwar noch Jahre lang nach der Kastration einstellten. Der Mann blieb andauernd arbeitsunfähig. — Im dritten Falle entwickelten sich die Symptome einer schweren eitrigen, chronischen Prostatitis, Schüttelfröste, quälende Tenesmen, blutiger, eitriger Urin, Kreuz- und Afterschmerzen. Kamillentheebäder, Verweilklystiere und Kataplasmen auf den Damm bewirkten nur geringe Besserung; der Zustand blieb andauernd ein recht schlechter. Ein chirurgischer Eingriff wurde nicht gestattet. — Im vierten Falle endlich stellten sich zunächst nur starke Schmerzen im After ein; nach einigen Monaten bildete sich zuerst in einem Hoden ein Abcefs, dann entwickelte sich ein grofser Abcefs in der Prostata, schliefslich abscedierte auch der zweite Hoden. Die beiden Hoden wurden abgetragen, der Prostataabcefs vom Rektum aus incidiert. Daraufhin trat vollständige Heilung ein.

Nach Ansicht des Verfassers bestehen bei sehr vielen Männern symptomlos verlaufende, latente Entzündungen der Prostata, die erst durch örtliche krankhafte Veränderungen oder durch allgemeine nervöse Indispositionen manifest werden. Auch in den beschriebenen Fällen handelte es sich, wie der Verfasser annimmt, um Prostatadrüsen, die vorher schon nicht mehr normal waren; wahrscheinlich lag in allen Fällen ein Erweiterungszustand der Prostata vor, verursacht durch chronische Stauung flüssigen Sekrets in den Drüsenbälgen. Die Verletzungen hat man sich als Quetschungen oder Risse zu denken, die höchst wahrscheinlich auf die Drüsensubstanz beschränkt waren. Bei allen vier Patienten handelte es sich um tiefliegende Drüsen bei geringen Fettpolstern und schlaffer Anusmuskulatur. — Verhältnisse, die geeignet waren, den Stofs unmittelbar und mit voller Gewalt auf die Drüse wirken zu lassen.

Aus den gemachten Beobachtungen zieht der Verfasser folgende Schlüsse: 1. Bei dem Träger unbewufst vorhandener (sic! Ref.) pathologischer Prostataveränderungen kommen nur auf die Drüse beschränkte Verletzungen derselben durch Fall auf das Gesäfs vor. (Es ist durchaus nicht bewiesen, dafs es sich in den vier Fällen um vorher schon erkrankte Prostatadrüsen handelte, der Verfasser nimmt es nur an; man kann daher aus den Beobachtungen nur den Schlufs ziehen, dafs über-

haupt auf die Drüse beschränkte Verletzungen, durch Fall auf das Gesäfs verursacht. Ref.) 2. Diese Verletzungen haben oft eine schlechte Prognose und können anhaltendes Siechtum nach sich ziehen. 3. In geeigneten solchen Fällen ist als chirurgischer Eingriff die Totalexstirpation der Drüse in Aussicht zu nehmen.

Götz-München.

Maligner Tumor der Prostata, von Audmor. (*Lyon méd.* 1900. No. 24.) Vautrugender berichtet in der Gesellschaft für medizinische Wissenschaften über einen derartigen Fall bei einem 56jährigen Manne. Es handelte sich um einen Tumor von der Größe einer kleineren Apfelsine, der zu hochgradigen Urinbeschwerden, intensiven Schmerzen, Hämaturie etc. geführt hatte. Lymphdrüsenschwellungen wurden keine konstatiert. Es wurde die perineale Prostatektomie ausgeführt; die digitale Enukleation erfolgte relativ sehr leicht. Der mikroskopische Befund ergab das Vorhandensein eines malignen Tumors epithelialen Ursprungs. *C. Müller-Genf.*

Bemerkungen zum Katheterismus bei einigen Formen prostatischer Harnverhaltung und zur Katheterisierilisation, von Hottinger. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1900. No. 13 u. 14.) Verfasser empfiehlt die Anwendung des Dauerkatheters bei Harnretention infolge von Prostatahypertrophie, wenn aus irgend einem Grunde die Operation kontraindiciert erscheint. Was die dabei zu beobachtende Antisepsis anbelangt, so eignet sich am besten das von Wolff angegebene Verfahren: Nachdem die Katheter nach dem Gebrauche mechanisch durch Abreiben und Durchspritzen von warmem Seifenwasser gereinigt worden, werden sie in einer Lösung von 1‰ Sublimat in Aqua dest. und Glycerin ää oder von 3—5% Formalin-Glycerin aufbewahrt. In dieser Lösung verbleiben die Katheter einfach bis zum Gebrauche. Zur Vermeidung einer reizenden Wirkung der an den Kathetern haftenden antiseptischen Flüssigkeit werden sie vor dem Gebrauche mit gekochtem Wasser abgespült und mit einer nicht öligen Masse schlüpfrig gemacht, z. B. Sapo medic., Glycerin, Aqua dest. ää 32,0, Karbolsäure 1,0 (Guyon). *C. Müller-Genf.*

Wert und Indikationen der Massage der Prostata. (*Gaz. hebdom.* 4. März 1900.) Die Prostatamassage ist vor allem ein kostbares diagnostisches Hülfsmittel bei allen Varietäten der Prostatitis. Außerdem beteiligt sich die Prostata stets bei der chronischen Urethritis und unterhält die Sekretion des Harnröhrenkanals. Um eine chronische Urethritis erfolgreich behandeln zu können, muß demnach die Prostata selbst behandelt werden. Die Massage des Organs bezweckt die Verminderung der Kongestion und die Entleerung der Krypten und der Acini. Sie wird entweder einfach mit dem Finger oder aber, nach dem Vorschlage von Feleki, mit einem eigens hierzu konstruierten Instrument ausgeführt. Bei der Prostatahypertrophie, wo die Massage ebenfalls empfohlen worden, kann dieselbe nur dann zu günstigen Resultaten führen, wenn die Hypertrophie mit Prostatitis kompliziert ist.

C. Müller-Genf.

Über Sectio alta vesicae bei Greisen mit Prostatahypertrophie, von W. T. Thomas-Liverpool. (*Lancet.* 1900. No. 4006.) Es werden die Krankengeschichten von vier Männern im Alter von 61, 68, 70 und 80 Jahren mitgeteilt, um zu zeigen, daß diese Methode bei vielen Patienten unersetzlich ist. Namentlich wenn die Blase nachher durch Naht (kontinuierliche Chromkatgutnaht für die Schleimhaut, Seide für die Muskelschichte) geschlossen wird, ist der Ersatz sehr gut. Als eine Neuerung empfiehlt T. die Blase bei der Operation nicht mit Flüssigkeit aufzutreiben, sondern mittelst Luft. Dabei leistet die gewöhnliche Luftpumpe eines Fahrrades gute Dienste.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Kastration bei Prostatahypertrophie, von O. Lenz. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1900. No. 11.) Verfasser hat in vier Fällen von Prostatahypertrophie die Kastration ausgeführt und dabei drei Heilungen erzielt; ein Fall verlief letal. Er begnügte sich jedoch nicht mit der Entfernung der Hoden, sondern schloſs an dieselbe eine weitgehende Resektion des ganzen Samenstranges (in einem Falle betrug die Länge des resecierten Funiculus 18 cm). Er argumentiert dabei in folgender Weise: „Da die Vermittelung zwischen Hoden und Prostata durch den Sympathicus geschehen muſs, so ist es doch denkbar, daſs eine energische Zerstörung des Plexus deferentialis auch eine intensivere Rückwirkung auf den Plexus hypogastricus des Sympathicus und hiermit auf die Prostata ausübt." *O. Müller-Genf.*

Demonstration zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von A. Freudenberg. (Sitzung der Berl. med. Ges. vom 31. Jan. 1900. — Nach *Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 8.) Der Vortragende demonstriert drei durch Obduktion gewonnene Prostatapräparate von Patienten, die sich der Bottinischen Operation unterzogen haten und kritisiert bei dieser Gelegenheit das Wossidlosche Instrument (Verbindung des Cystoskopes mit dem Bottinischen Instrument [s. Bd. XXX, pag. 489]), bei welchem das so wichtige feste Anheben der Prostata mit dem Schnabel des Instrumentes einfach unmöglich sei und auſserdem durch das bei der Bottinischen Operation stets flieſsende Blut die cystoskopische Kontrolle illusorisch werde.

I. Bloch-Berlin.

Der gegenwärtige Stand der Bottinischen Operation wegen Ischurie, von Granville Mac Gowan-Los Angeles, Cal. (*New York. med. Journ.* 14. Juli und 4. Aug. 1900.) Vorliegende Arbeit resumiert kurz die Geschichte der Bottinischen Operation vom Jahre 1872 an und erwähnt selbst als die beste darüber in den letzten Jahren veröffentlichte Publikation die von Ramon Guiteras (*New York. med. Journ.* 19. April 1899, ref. Bd. XXIX, pag. 298). Es seien daher nur einige, der persönlichen Erfahrung des Verfassers entnommene Punkte hervorgehoben. Die lokale Anästhesie wurde von ihm statt mit Kokain oder Eukain mit Guyons Lösung (1,5 Antipyrin und 10 gtt. Opii auf 100 Aqu.), ca. 40 Minuten vor der Operationszeit in das leere Rektum injiziert, bei den letzten Operationen vorgenommen; für die nächsten soll ein Versuch mit 5% Nirvanin-Lösung, welche sich für lokale Anästhesie der Urethra, Blase, Prostata sehr geeignet erwies, gemacht werden. Natürlich muſs der Operateur genau wissen, daſs er es immer nur mit einfacher Prostatahypertrophie und nicht mit irgend einem anderen Leiden der Beckenorgane zu thun hat, so führt Mac G. einen Fall von Carcinom der Blase, einen von doppelter Entzündung der Samenbläschen und einen mit eitriger Periprostatitis an, welche ihm von Ärzten zur Ausführung der Bottinischen Operation überwiesen worden sind. Die 6 beschriebenen und operierten Fälle illustrieren sehr gut die Zweckdienlichkeit und auch die Gefahren der Operation. Ein Patient von 55, einer 76 Jahre alt, die übrigen im Alter zwischen 60 und 70 Jahren. In zweien der Fälle, wo Komplikationen vorhanden waren, folgte tötlicher Ausgang; die Sektion ergab hier wertvolle Aufschlüsse über die ausgeführten Schnitte an der Prostata und deren Veränderung. Den Verlauf der einzelnen Fälle, von welchen ein weiterer erfolglos operiert wurde, ist recht instruktiv zu verfolgen, doch kann Referent auf die Einzelheiten nicht eingehen.

Stern-München.

Ein Beitrag zur Behandlung der hypertrophierten Prostata durch Vasektomie, von T. Vincent Jackson. (*Edinb. med. Journ.* Febr. 1900.) Nach Besprechung der bekannten Indikationen für die Prostatektomie, Kastration und Vasektomie berichtet Verfasser über drei durch die letztere Behandlungsmethode geheilte Fälle von Prostatahypertrophie. *I. Bloch-Berlin.*

Resektion von Stückchen aus den Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie und das Resultat dieser Operation, von KUDIOSERFF. (*Wratsch.* 1900. No. 25 und 26.) Auf Grund von 25 nach dieser Methode operierten Fällen spricht sich Verfasser zu Gunsten der Resektion von Stückchen aus den Vasa deferentia aus und erachtet diese Operation als einen mächtigen Schritt vorwärts in der Behandlung der Altershypertrophie der Vorsteherdrüse. *Arth. Jordan-Moskau.*

Bemerkungen über Vasektomie mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase, von R. HARRISON-London. (*Lancet.* 5. Mai 1900.) Seit 1893 hat H. diese Operation an mehr als 100 Fällen ausgeführt, ohne jemals irgend einen Nachteil zu beobachten, während in geeigneten Fällen ein sehr wesentlicher Erfolg zu verzeichnen war. Bei fibröser Entartung der Drüse, bei Sarkomen, Carcinomen, sowie bei Divertikelbildung und sonstiger Entartung der Blasenwandung ist natürlich höchstens eine palliative Wirkung zu erwarten, die aber auch oftmals sehr willkommen ist. Die Technik der Operation hat Verfasser dahin vereinfacht, dafs er den Ausführungsgang nach Freilegung durch einen kleinen Schnitt blofs mit einer WELLS'schen Arterienklemme torquiert anstatt zu unterbinden. Die Hautwunde erhält eine Naht und einen Gazeverband mit Kollodium. Nach 8—10 Tagen wird die andere Seite operiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beispiele von Vasektomie oder Verödung der Vasa deferentia mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase, von R. HARRISON-London. (*Lancet.* 1900. No. 4011.) Im Anschlufs an frühere, bereits referierte Berichte über günstige Resultate bei dieser Operation schildert H. in kurzen Umrissen ein Dutzend Beobachtungen, welche alle ein befriedigendes Ergebnis lieferten.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Harnverhaltung, insbesondere ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgane, von BLANCK. (*Med. Woche.* 1900. No. 23 u. 24.) Die Harnverhaltung, komplete oder inkomplete, kommt bei folgenden urologisch wichtigen Fällen vor: bei entzündlichen und Krampfzuständen der Harnröhre, bei Verschlufs derselben durch Druck von aufsen oder Verlegung des Lumens durch Fremdkörper, bei Traumen, die eine Zerreifsung von Blase oder Harnröhre bedingen, bei Strikturen der Harnröhre, bei Prostatahypertrophie. Verfasser bespricht die einzelnen Formen und die in jedem Falle anzuwendende Behandlungsart.
F. Hahn-Bremen.

Zur klinischen Bedeutung der Harncylinder, von G. KOBLER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 14.) Die diagnostische Bedeutung der Cylinder ist eine grofse, aber selbst das zahlreiche Vorkommen der verschiedenen Formen braucht nach Verfasser noch nicht das Vorhandensein einer Nephritis zu bedeuten, da auch Erkrankungen benachbarter Organe unter Umständen sowohl Albuminurie als Auftreten von Cylindern bewirken können; so vor allem Affektionen des Darmtraktus. Bei Gastroenteritis acutissima mit vorübergehender Anurie ist der Befund massenhafter Cylinder in dem ersten wieder abgeschiedenen Urin ein häufiger. Dasselbe ist aber auffallenderweise bei mit Obstipation einhergehenden Darmleiden zu beobachten, zumal wenn diese von heftigen Koliken begleitet sind. Verfasser sucht die Harnanomalie durch Reflexvorgänge zu erklären, welche der Schmerz auslöst.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Untersuchungen des Harns mittelst kombinierter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode, von H. J. HAMBURGER. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1900. No. 12.) Zum Studium der molekularen Konzentrationsverhältnisse des

Harns, auf welche jetzt die Aufmerksamkeit gerichtet ist. Zu diesem Zwecke empfiehlt Verfasser die Methode der Gefrierpunkterniedrigung mit der sogenannten Blutkörperchenmethode zu kombinieren. Dieselben sind eingehend beschrieben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Brauchbarkeit der neueren Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn, von Spaethe. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 31.) Verfasser hat die von Einhorn, von Fiebig, und die beiden von Lohnstein angegebenen Saccharometer mit einander verglichen und geprüft; er findet, dafs allein das 1899 von Lohnstein angegebene Instrument genaue Resultate giebt und wegen der Einfachheit und Handlichkeit dem Praktiker angelegentlichst empfohlen werden kann.

F. Hahn-Bremen.

Eine neue Harn- und Zuckerprobe, von Edlefsen-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 24.) Der Verfasser hat vor einiger Zeit über eine neue Zuckerharnprobe mit Permanganat in alkalischer Lösung berichtet; dieselbe sollte den Nachweis minimalster Zuckermengen im Urin gestatten. Während nämlich alle anderen reduzierten Substanzen in dem Reagens (1 Tropfen einer 1%igen Permanganatlösung in 5—7,5 ccm stark verdünnter Natronlauge) die Ausscheidung eines braunen Niederschlages von Mangansuperoxydhydrat bewirken, bleibt dieses in Gegenwart von Zucker, bezw. zuckerhaltigem Urin in der Flüssigkeit vollständig gelöst. Nun hat aber der Verfasser nachträglich gefunden, dafs die Probe sich nicht direkt zum Zuckernachweis im Urin verwerten läfst, weil gewisse andere Bestandteile des Harns in demselben Sinne wie der Zucker wirken. Die Probe wird daher erst dann brauchbar sein, wenn es gelingt, die lösenden Substanzen ohne den Zucker aus dem Urin zu entfernen.

Göts-München.

Die Hämaturie der Schwangerschaft, von Guyon und Albaran. (*Frauenarst.* 15. April 1900.) Bei zwei schwangeren Frauen traten im sechsten bezw. siebenten Monat der Schwangerschaft starke Hämaturien auf; im ersten Falle erwies die Katheterisation der Ureteren die rechte Niere als den Sitz der Blutung; im anderen ergab das Cystoskop starke Dilatation der Blasenvenen, die man in beide Ureterenorificien hinein verfolgen konnte. Aufser den mechanischen Ursachen, die das Zustandekommen derartiger Blutungen ermöglichen, sind sicher oft auch Läsionen vorhanden, die aus Nephritiden hervorgehen, welche sich im Zusammenhang mit der Schwangerschaft während des Verlaufs einer solchen einstellen können.

F. Hahn-Bremen.

Über die sogenannte essentielle Hämaturie, von Ciuti. (*Rivista crit. di clinica medica.* 1900. No. 22.) Verfasser analysiert die unlängst erschienene Arbeit von Israel „über den Einfluss der Nierenspaltung auf akute und chronische Krankheiten des Nierenparenchyms" — *Mitteil. a. d. Grensgeb. d. Med. u. Chir.* Bd. V. Heft 3. Danach würde der Chirurgie eine wichtige Rolle in Fällen von chronischer Nephritis zufallen, wo die innere Therapeutik wirkungslos bleibt. In derartigen Fällen hat I. mit günstigem Resultate die Spaltung des Nierenparenchyms vorgenommen. Naunyn, der die Krankengeschichten der von Israel behandelten Patienten kontrolliert hat, findet, dafs die essentielle Hämaturie, d. h. eine Hämaturie bei gesunden Nieren nicht geleugnet werden kann, ist aber der Ansicht, dafs in den meisten Fällen ein mehr oder weniger ausgesprochener entzündlicher Prozefs der Nieren vorliegt.

C. Müller-Genf.

Hämaturie und Gelatine, von Schwabe. (*Therap. Monatsh.* Juni 1900.) Nach einleitenden Bemerkungen über die bisherigen Beobachtungen betreffend der blut-

stillenden Eigenschaften von Gelatinelösungen teilt Verfasser den von ihm beobachteten Fall mit: Ein 32jähriger gesunder Mann erkrankte unter den Erscheinungen eines leichten Blasenkatarrhs; später traten die Zeichen einer akuten hämorrhagischen Nephritis auf, und schliefslich wurde die Blutung sehr stark, und liefs sich durch keins der angewendeten Mittel beeinflufsen; da wirkten subcutane Injektionen einer 2%igen Gelatinelösung Wunder: schon nach zwei Injektionen war die Blutung bis auf mikroskopische Spuren geschwunden und nach ca. 7 Wochen war Patient geheilt; er hatte noch acht Tage lang täglich 1/2 l einer 10%igen Gelatinelösung getrunken.

F. Hahn-Bremen.

Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Mannaberg und Donath. (*Arch. f. klin. Med.* Bd. 65. Heft 3 u. 4.) Auf Grund von Versuchen, die sie an drei mit paroxysmaler Hämoglobinurie behafteten Patienten anstellten, fanden Verfasser beim Schütteln des Blutes und beim Abbinden einer Extremität eine verminderte Resistenz der roten Blutkörperchen normalem Blute gegenüber. Die Anfälle durch Darreichung von Amylnitrit zu coupieren, gelang nicht. Auch gegenüber CO_2 konnte experimentell direkt eine verminderte Resistenz der roten Blutzellen nachgewiesen werden. Sekretion eines hämolytischen Fermentes seitens der Gefäfswandungen ist unwahrscheinlich. Im peripheren Blute liefs sich paroxysmale Hämoglobinämie nachweisen. Auf Grund dieser Thatsachen kommen die Verfasser zu dem Schlusse, dafs die verminderte Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen, sowie eine übermäfsige Erregbarkeit der Vasomotoren essentielle ursächliche Faktoren der paroxysmalen Hämoglobinurie bilden, dafs es aber noch nicht gelungen ist, eine vollkommen klare ungezwungene Deutung des krankhaften Zustandes zu geben.

F. Hahn-Bremen.

Über die Thätigkeit der Milz und der Nieren bei der Hämoglobinämie und Hämoglobinurie, von Vitali. (*Rivista critica.* 1900. No. 13.) Verfasser zieht aus seinen Experimenten folgende Schlufsfolgerungen: Die Blutgifte wirken zerstörend auf die roten Blutkörperchen in den Gefäfsen. Die Milz und die hämatolytischen Organe lösen die veränderten Blutkörperchen auf und senden das Hämoglobin in den Blutkreislauf zurück. Die Milz besitzt eine intensivere und rascher wirkende hämolytische Kraft als die anderen hämolytischen Organe, speziell das Knochenmark. Nach Ausschaltung der Milz findet somit eine geringere und weniger raschere Auflösung der Blutkörperchenfragmente und ihre geringere Anhäufung von aufgelöstem Hämoglobin im Kreislaufe statt; deshalb kommt es auch nicht zur Bildung von pleiochromem Ikterus und zur Hämoglobinurie. Den Nieren fehlen hämolytische Eigenschaften; sie gestatten blofs dem veränderten Blutfarbstoff den Durchgang, wenn sie nicht selbst erkrankt sind. Auch die Leberzelle besitzt keine hämolytischen Eigenschaften, dagegen hält sie das aufgelöste Hämoglobin zurück.

C. Müller-Genf.

Bericht über einen Fall von akuter aufsteigender Paralyse mit Hämatoporphyrinurie, von C. G. Stockton-New York. (*Am. Journ. Med. Scienc.* 1900. No. 339.) Ein 27jähriges Dienstmädchen zeigte im Laufe von zwei Jahren neben allmählich zunehmender Schwäche und nervöser Reizbarkeit noch folgende Erscheinungen: Gewichtsabnahme um 20 Pfund, zeitweilige intensive Obstipation, Anämie, gestörter Schlaf, sehr dunkler Urin, Schmerzen im Rücken und Abdomen, gelegentlich Erbrechen. Nach zeitweiliger Besserung wurden konstatiert: Anästhesie der Nates, der unteren Extremitäten, später der Arme, ferner Störung der aktiven Beweglichkeit, Beeinträchtigung der Reflexe. Der Urin zeigte längere Zeit hindurch eine deutliche Färbung wie Rotwein ohne mikroskopische Formbestandteile, spezifisches Gewicht 1025,

sehr saure Reaktion, ohne Zucker, ohne Eiweifs. Es wurde mit negativem Resultat auf Methämoglobin, Oxyhämoglobin, Alcapton, Indol-, Skatol- und Phenolderivate, Urorubrohämatin, Urofuscohämatin sowie auf vegetabile Pigmente untersucht. Als einzige Ursache der Rotfärbung wurde Hämatoporphyrin nachgewiesen. Verfasser bringt diese Erscheinung mit den Störungen im Rückenmark in Zusammenhang.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die physiologische und pathologische Oxalurie, von M. A. Lecoeur. (*Thèse de Paris.* 1900. Nach *Journ. de pratic.* 1900. No. 19.) Der normale Urin enthält oxalsauren Kalk in geringer Menge. Die Entstehung der physiologischen Oxalurie ist noch nicht mit Sicherheit zu erklären. Festgestellt ist nur, dafs gewisse Beziehungen zwischen der Ausscheidung von Harnsäure und der Ausscheidung von Oxalsäure bestehen. Durch Einführung von Nuklein oder nukleinreichen Substanzen wird die Bildung der beiden Säuren vermehrt. Die in den Körper eingeführte Oxalsäure wird zum gröfsten Teile im Körperhaushalt verbrannt, sie kann aber trotzdem in sehr grofser Dosis eingeführt, Hyperoxalurie hervorrufen. Die löslichen Oxalate werden ebenfalls verbrannt, dagegen werden die unlöslichen Oxalate, besonders der oxalsaure Kalk mit dem Kot ausgeschieden. Die normale Menge der im Urin befindlichen Oxalsäure wechselt, beträgt jedoch nie mehr als 8—10 mgr. — Die Hyperoxalurie ist keine selbständige, einheitliche Krankheit, sondern nur Begleiterscheinung bei verschiedenartigen Affektionen, wie Gicht, Harngriesbildung, Magenerweiterung, Neurasthenie, Alkoholismus, Bleivergiftung, Diabetes. Sie äufsert sich hauptsächlich durch Schmerzen in der Lendengegend, in der Blase, in den Leisten an den Hoden und in der Urethra, hier besonders bei den Urinentleerungen, auch Hämaturie infolge von Hyperoxalurie kommt vor. Die Bildung von Oxalsäuresteinen wird besonders durch katarrhalische Entzündungen der Harnwege, sowie durch vorhandene Fremdkörper begünstigt.

Göts-München.

Demonstration von Phosphaturie und Phosphatsteinen, von G. Klemperer (Sitzung der Berl. med. Gesellsch. vom 24. Jan. 1900. — Nach *Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 7.) Der Vortragende stellt einen 30jährigen, seit drei Jahren ununterbrochen an Phosphaturie leidenden Patienten vor, der einen klassischen Beweis für die Selbstständigkeit des neuerdings wieder bestrittenen Krankheitsbildes der Phosphaturie liefert. Es handelt sich um Krankheit des Nervensystems. Das Symptom der dauernden Phosphaturie tritt stets im Gefolge schwerer Neurasthenie auf. Auch in diesem Falle handelt es sich um einen Neurastheniker. Bemerkenswert ist, dafs die Phosphaturie auch bei reiner Fleischnahrung bestehen bleibt. Therapeutisch kommt nach dem Vortragenden nur eine antineurasthenische Therapie in Betracht, welche auch in diesem Fall anzuwenden wäre, obgleich es hier bereits zur Steinbildung gekommen war, die eine Lithotripsie und Nephrotomie notwendig gemacht hatte. Bei Phosphaturie findet sich ferner häufig Hyperacidität des Magens, so dafs Salzsäure kontraindiziert ist. — Brasch berichtet in der Diskussion über einen ähnlichen Fall von Phosphaturie bei einem männlichen Hysteriker. *I. Bloch-Berlin.*

Zur prophylaktischen und kurativen Wirkung des Urotropin, von Zaudy. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 37.) Der Patient, dessen Krankengeschichte Verfasser mitteilt, litt an einer Paraplegie; beide Beine waren gelähmt und anästhetisch; es bestand Lähmung des Sphinkter ani und des Detrusor vesicae; während nun die Krankheit einen äufserst traurigen, langsamen Verlauf nahm, liefsen die Verhältnisse am Harnapparat eine erfreuliche Besserung erkennen, nachdem sofort mit der Darreichung von 3 mal täglich 0,5 Urotropin begonnen worden war. Dieser gute Zustand des uropoetischen Apparats wurde durch die Sektion bestätigt: es fand sich eine

mäfsige Urocystitis, aber keinerlei entzündliche Erscheinungen am Nierenparenchym und an den abführenden Wegen. Verfasser sieht hierin den trefflichen kurativen und prophylaktischen Einfluſs des Urotropins. *F. Hahn-Bremen.*

Nierentuberkulose und Ureterenkatheterismus, von P. Bazy. (*Presse méd.* 1900. No. 46 u. 50.)

Nierentuberkulose und Ureterenkatheterismus, von J. Albarran. (*Presse méd.* 1900. No. 48.) Bazy wendet sich gegen Albarran, der bei tuberkulösen Nierenprozessen zur Erkennung der gesunden Niere den Ureterenkatheterismus vorgeschlagen hat und ihn ein „einfaches, leichtes und bei fast allen Patienten anwendbares Verfahren" nennt. Bazy verweist darauf, daſs dieser Katheterismus eher eine Operation zu nennen sei und keineswegs bei allen Kranken zur Anwendung kommen könne. Was soll aber mit denen werden, wo das der Fall sei? Man dürfe doch nicht aufs Geratewohl operieren, sondern müsse andere Methoden zur Verfügung haben, aus denen man erkennen könne, welche Niere gesund und welche tuberkulös erkrankt sei. Zum Ureterenkatheterismus ist oft Allgemeinnarkose oder Kokainisierung nötig, viele Blasen vertragen das Cystoskop nicht, zuweilen ist es unmöglich, den Uretereingang zu finden, wie Bazy betont. Auſserdem verweist er auf die Hindernisse, die Harnröhrenverengerungen den Instrumenten bieten, und hebt die Unmöglichkeit des Harnleiterkatheterismus bei Kindern hervor. Ferner verweist er auf die Möglichkeit einer Aufwärtsführung von allerlei Keimen in den noch gesunden Ureter, was bei Tuberkulose der anderen Seite eine groſse Gefahr bilde, auſserdem sei die Möglichkeit der Übertragung von Tuberkelbacillen vom katheterisierten Kranken auf den noch gesunden Harnleiter nicht ausgeschlossen, da ja die von Albarran empfohlene antiseptische Blasenausspülung die Blase gleichwohl nicht aseptisch mache. Auch die bloſsen mechanischen Verletzungen, die fast die unausbleibliche Folge des Eingriffs seien, könnten Veranlassung zu späteren Strikturen des Harnleiters bilden. Daſs der Uretherenkatheterismus als diagnostisches Hülfsmittel bei Nierentuberkulose entbehrlich sei, das schlieſst Bazy daraus, daſs Albarran selbst bei 26 Nephrektomien wegen Tuberkulose dieses Diagnostikum doch nur 12 mal angewendet hat. Bazy erkennt Intaktheit einer Niere an der Durchlässigkeit für Methylenblau, die bei Tuberkulose der Nieren gestört ist. (Probe von Achard und Castaigne.) Weiterfortgeschrittene tuberkulöse Prozesse der Niere sind auch der gewöhnlichen klinischen Untersuchung zugänglich und in beginnenden Fällen ist ein chirurgischer Einfluſs nicht indiziert. Was schlieſslich, argumentiert Bazy, Albarrans Heilerfolge anbetrifft, so liegen die Daten der Operation nicht lange genug zurück, um ein abschlieſsendes Urteil fällen zu können.

In seiner Entgegnung betont Albarran den Wert der frühzeitigen Diagnostizierung einer einseitigen Nierentuberkulose, damit vor Erkrankung anderer Organe die kranke Niere entfernt werden könne, die eine hohe Infektionsquelle für den übrigen Körper bilde (Ureteren, Blase). Die Nephrektomie im frühen Stadium bietet bessere Chancen und ist eine leichtere Operation als in späterer Zeit. Strikturen bilden keine Kontraindikationen für den Ureterenkatheterismus, sie werden einfach vorherdilatiert. Für den Harnleiter des Kindes ist zwar der Ureterenkatheter zu stark, glücklicherweise kommt aber Nierentuberkulose bei Kindern nicht vor. Der jüngste im Hospital Necker zu Paris mit dieser Affektion beobachtete Kranke war 15 oder 16 Jahre alt. Die Schwierigkeiten des Ureterenkatheterismus selbst sind begrenzt, einige Übung läſst sie immer geringer werden. Albarran benutzt für jeden Ureter einen besonders sterilen Katheter, wodurch die Bedenken Bazys betreffs Infektion des einen Harnleiters vom anderen her hinfällig werden. Daſs der Ureteren-

katheterismus, unter den nötigen Vorsichtsmafsregeln angewendet, ein ungefährlicher Eingriff ist, erhellt daraus, dafs er am Neckerkrankenhaus seit drei Jahren fast täglich ausgeführt wird, ohne dafs bisher unglückliche Zustände beobachtet worden wären. Den Wert der Methylenblauinjektionsprobe bezweifelt Albarran für die angedeuteten Fälle. Man kann mittelst ihr nur den Zeitpunkt des Erscheinens des Farbstoffes nachweisen (vorzeitig bei epithelialen Nephritiden und bei kompensatorischer Hypertrophie), ferner den Gang der Ausscheidung (intermittierend bei nervösen Affektionen, Leberleiden und kompensatorischer Hypertrophie), die Stärke der Ausscheidung des Methylenblaus und deren Dauer (verlängert bei interstitiellen Nierenentzündungen, Wanderniere und einseitiger kompensatorischer Hypertrophie. Gegenüber Albarran erklärt Bazy die probeweise Nephrotomie für ungefährlicher, wie die Katheterisierung der Harnleiter durch eine infizierte Blase und bekämpft in einem zweiten Artikel die Widerlegungen Albarrans bezüglich Ungefährlichkeit und Zweckmäfsigkeit des explorativen Ureterenkatheterismus und versucht demselben verschiedene Widersprüche in seinen Veröffentlichungen nachzuweisen. *Hopf-Dresden.*

Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand nebst Bemerkungen über Chyluscysten, von Koblanck und Ponte. (*Virch. Arch.* Bd. 161. Heft 1.) Koblanck und Ponte beschreiben einen Fall von Hydronephrose, welcher durch den chylusähnlichen Inhalt ausgezeichnet war. Die genaue mikroskopische Untersuchung der Wandung ergab deutliche Reste des Nierenparenchyms und die Zeichen einer cystomähnlichen Bildung in der Niere. Die Cyste selbst war bis auf einzelne Stellen von einem mehrschichtigen Epithel ausgekleidet, welches den Charakter des Übergangsepithels besitzt. An der Stelle der Einmündung des Ureters erhebt es sich zu besonderer Höhe und zeichnet sich hier durch zahlreiche verzweigte, drüsenähnliche Einsenkungen aus. Die Autoren haben bei dieser Gelegenheit die Litteratur über echte Chyluscysten durchgesehen. Sie fordern, dafs die Wandung retroperitonealer Cysten für die exakte Diagnosestellung histologisch durchforscht werde. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der Urethra beim Weibe, von Ferdinand Schenk und Lothar Austerlitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 14.) Auf Grund von Untersuchungen an 60 Fällen kamen die Verfasser früher zu dem Schlusse, dafs die normale Urethra des Weibes in mehr als der Hälfte der Fälle keimfrei sei, in den übrigen nur aus dem Vestibulum hineingelangte Saprophyten enthalte. Pathogene Mikrorganismen fanden sich nur in 2 Fällen von 59. — Da Savor zu anderen Resultaten gekommen, haben die Verfasser die Untersuchung wieder aufgenommen; die angewendete Methode weicht nicht erheblich von derjevigen Savors ab. Auch dieses Mal sind die Ergebnisse dieselben, so dafs die Differenz der Befunde bestehen bleibt, und es weiterer Aufklärung anheimfällt, dieselbe aufzulösen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Vulvitis, von Rille-Innsbruck. (Drakes Bibl. d. ges. med. Wissensch.) Die Entzündung kommt entweder artificiell (besonders bei jugendlichen Individuen durch Unreinlichkeit, Urin, Smegma, Oxyuris, Kratzen, heftige Cohabitation u. s. w.) oder in folge infektiöser Prozesse (Masern, Blattern, Syphilis und besonders Blennorrhoe) zu stande. Die Blennorrhoe befällt hauptsächlich die Falten und Krypten, die sich an der Vulva in der Umgebung der Harnröhrenmündung befinden und vor allem die Bartholinischen Drüsen. Die Behandlung der Vulvitis besteht in Abhaltung aller äufseren Reize, Reinigung, Entfernung von Smegmamassen und reichlicher Anwendung von indifferenten oder adstringierend wirkenden Streupulvern, sowie Einlegen von

häufig zu wechselnden Wattelagen. Die Therapie der blennorrhoischen Vulvitis hat besonders sich gegen das veranlassende Leiden der Harnröhre oder der Bartholinischen Drüsen zu richten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Vulvovaginitis der Kinder, von Herm. B. Sheffield-New York. (*New York. med. Journ.* 4. Aug. 1900.) Sh. teilt dieses Leiden nach den ätiologischen Faktoren folgendermaßen ein: A. Katarrhalische Vulvovaginitis infolge von 1. Mangel an Reinlichkeit, 2. chemischer Reizung (Enuresis, zersetzter, abnorm sauerer Urin). B. Traumatische Vulvovaginitis, welche 1. durch Masturbation, 2. mechanische Verletzung und 3. Sittlichkeitsdelikte entstehen kann. Was die Masturbation betrifft, so glaubt Sh., daß dieselbe eher als Folge denn als Ursache der Vulvovaginitis anzusehen sei. Auch den Befund von Fremdkörpern in der Vagina führt er eher auf zufällige als auf absichtliche Einführung bei Kindern zurück (Beschreibung eines Falles bei einem 3½jährigen Kinde). Die Gruppe C, die parasitäre Vulvovaginitis wird wieder eingeteilt in 1. verursacht durch Oxyuren (Fadenwürmer vom Mastdarm her), 2. Saprophyten und 3. pathogene Bakterien. Den Saprophyten zählt Sh. eine große Anzahl von Fällen zu, die Vaginitis, welche so oft nach akuten Exanthemen, ebenso wie in Verbindung mit verschiedenen Formen von Hauteruptionen getroffen wird, die Vaginitis bei strumösen und schwächlichen Kindern, welche mit eiterigem Ausfluß aus Nase, Ohren behaftet sind, und glaubt, daß die Fälle von saprophytischer Vaginitis die anderen an Zahl weit übertreffen würden, wenn nicht der Doederleinsche Bacillus, welcher die normale Vagina bewohnt, antagonistische Wirkung ausüben würde. Die blennorrhoische Vulvovaginitis entsteht nach Sh.s Ansicht sehr selten auf kriminellem Wege, meist durch zufällige Ansteckung von den Eltern oder Geschwistern her und durch Berührung mit Bettwäsche u. s. w. (zwei Beispiele von 2½- und 4jährigen Mädchen). Sh. erlebte vor einigen Jahren in einem Kinderasyl eine Epidemie blennorrhoischer Vulvovaginitis, wobei 65 Erkrankungen vorkamen; die Ursache derselben konnte zum größten Teile auf den gemeinschaftlichen Gebrauch von Aborten, Betten, Betttüchern zurückgeführt werden. In allen Fällen war grünlich-gelber Ausfluß mit zahlreichen Gonokokken in der Vagina vorhanden; eine Reihe von Komplikationen, wie Peritonitis (4), Conjunctivitis purulenta (6), Synovitis (2 Fälle) u. s. w. kamen vor. Die Augenblennorrhoe und die Peritonitis sind die häufigsten und gefürchtetsten Folgen der Vulvovaginitis. Um erstere zu verhüten, bindet Sh. nicht nur die Arme der Kinder fest ein, sondern legt auch Watte und eine Binde auf die Augen. Die Behandlung richtet sich nach der Ursache: Fremdkörper müssen entfernt werden, gegen Würmer sind kleine Dosen von Kalomel und Santonin und Injektion einer starken Abkochung von Quassiaholz wirksam, gegen jede Art Ausfluß empfiehlt Sh. aufs wärmste Protargol (1%, bei Blennorrhoe 2%). Bei der blennorrhagischen Vulvovaginitis wird nach gehöriger äußerer Reinigung zuerst der Eiter durch Injektion einer 5%igen Lösung von Natr. bicarb. völlig entfernt, dann erst 3—5 mal täglich Protargol injiziert oder ein Protargolstift (bei Urethritis) eingelegt. Raschere Heilung (im Durchschnitt in 3 Wochen gegen früher 4—8 Wochen) und Ausbleiben von Komplikationen sollen der Hauptvorteil der Protargoltherapie sein.
Stern-München.

Kraurosis vulvae, von J. H. Bille-Innsbruck. (Draschers Bibl. d. ges. med. Wissensch.) Diese seltene Affektion (Schrumpfung der Vulvarschleimhaut) ist auch nach den von R. beobachteten zwei Fällen (1 Abbildung), welche subjektiv sich nur durch die schmerzhaften Einrisse (bei anderen durch mehr oder minder heftiges Jucken) geltend macht, ätiologisch nicht aufgeklärt. Die histologischen Untersuchungen R.s decken sich nach seiner Ansicht keineswegs mit dem, was man dermatologisch

Atrophie der Haut nennt, wofür die Kraurosis von Kaposi und Benicky angesehen wird. Die Therapie kann, sofern die immer von neuem entstehenden Fissuren andernfalls nicht heilen oder hochgradige Stenosenbildung ein Geburtshindernis bildet, nur in radikaler (operativer) Entfernung der kranken Teile bestehen.

Stern-München.

Beitrag zur Kraurosis vulvae, von Ph. Jung. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 21.) Verfasser schildert Befund und Symptome auf Grund der Beschreibungen Benicky's und anderer Autoren, und geht dann genauer auf die Ätiologie der selteneren Erkrankungen ein; über diesen Punkt sind die Meinungen noch durchaus nicht geklärt, vielfach wird, nach Verfasser mit Unrecht, Pruritus als veranlassendes Moment angesehen. Verfasser hält es für richtiger unsere Unkenntnis einzugestehen. Die früher machtlose Therapie ist seit dem Vorgehen Martin's durchaus erfolgreich geworden, denn es gelingt mit Sicherheit operativ durch Excision der erkrankten Hautpartien die Patientinnen von ihren Beschwerden zu befreien. Erwähnenswert ist die häufige Komplikation der Kraurosis mit Carcinom der Vulva. Oft verläuft die Erkrankung auch ziemlich symptomlos und wird gelegentlich als Nebenbefund erhoben. Verfasser schildert vier von ihm beobachtete Fälle, von denen einer mit Carcinom kompliziert war. Aus dem mikroskopischen Befund ist aufser der Verschmälerung von Hornschicht und Rete und der Kernarmut des Coriumbindegewebes vor allem das fast vollständige Fehlen der elastischen Fasern an sämtlichen befallenen Stellen zu erwähnen.

F. Hahn-Bremen.

Primäre Diphtherie der Vulva, von Bruno Leick. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 12.) Die beobachtete primäre Diphtherie der Vulva betrifft ein 16jähriges Mädchen. Bei positivem Bacillenbefund wurde mit Rücksicht auf das schlechte Allgemeinbefinden (Temperatur 40° C.) Diphtherieserum injiziert und diese Injektion Tags darauf wiederholt. Lokal wurden Umschläge mit 1½% essigsaurer Thonerde gemacht und ein Pulver aus Natr. sozojodol. und Sulf. depurat. ää eingerieben. Heilung unter lytischem Temperaturabfall. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Vulvovaginitis diphtherica, Behandlung mit Heilserum, Heilung, von L. Silberstein. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 35.) Verfasser wurde zu einem 4½jährigen Mädchen gerufen, das mit starker Schwellung an den Geschlechtsteilen und Harnverhaltung erkrankt war; der vermutete Fremdkörper in Scheide oder Blase fand sich nicht; man fand am nächsten Tage aufser starkem Ödem und Entzündung der Labien an der rechten grofsen Schamlippe ein nekrotisches Geschwür, und nun entdeckte man auch auf der rechten Mandel einen diphtherischen Belag. Injektion von 1000 Einheiten Behrings-Serum brachte Besserung, aber zur Heilung war noch eine zweite Injektion erforderlich. *F. Hahn-Bremen.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Tripper, von M. v. Zeissl-Wien. (*Realencyclop. d. ges. Heilkunde.* 1900. Bd. 24.) Aus der Abhandlung greifen wir die Kapitel „Therapie" und „Tripper und Ehekonsens" als besonders interessant heraus. Verfasser verwirft die von Ricord zuerst vorgeschlagenen starken Höllensteininjektionen (1:30), weil sie ohne den blennorrhoischen Prozefs zu coupieren, die Entzündung der Urethra bis zur Abstofsung blutiger Fetzen steigern. Dem Janet'schen Verfahren schiebt Verfasser häufige Cystitiden und Epididymitiden zu, er zieht daher Ausspülungen der Harnröhre durch Kaliumpermanganatlösungen mit einem Jaquesschen Patentkatheter und der Handspritze vor. Solange

die zweite Harnportion nicht getrübt ist, führt Zeissl den Katheter nie in die Pars membranacea ein. Als Abortivmethode kann man dies Verfahren aber ebenso wenig bezeichnen als die Darreichung grofser Dosen Balsamica. Neben Ruhe ist besonders die Diät sehr zu beachten. Alle kohlensäurereichen, sowie alle harntreibenden und den Geschlechtstrieb reizenden Genufsmittel sind zu verbieten (Most, Champagner, Sodawasser, Bier, Sellerie, Spargel, Trüffel, schwarzer Kaffee). Würden die Kranken diät leben und täglich das Glied mehrere Stunden lang mit kalten Umschlägen versorgen, so würden viele eine Heilung des Trippers in 4—6 Wochen erzielen. Sublimat und Argentum nitricum, obwohl die angeblich besten gonokokkentötenden Substanzen, haben dem Verfasser im Anfang keine guten Resultate ergeben. Ersteres reizt sogar bei einer Verdünnung von 1:35000 häufig noch beträchtlich. Auch die empfohlenen anfänglichen Heifswasserspritzungen sind ohne Nutzen. Zeissl bevorzugt das Kaliumpermanganat, beginnend mit 0,03:200,00 und steigt unter einem Plus von je 0,01 bis auf höchstens 0,1:200,0. Daneben verwendet der Verfasser Zincum sulfocarbolicum (0,5—1,0:200,0); Zincum sulfuricum 0,5—1,0:200,0; Alumin. crud. 4,0:200,0; Acet. Zinci 0,7—0,10:200; Thallini sulf. 2,0:150,0 und Sulf. cadmii 0,7—1,0:200. Besonders gute Dienste leistet die Mixtura Ricordii in folgender Kompositiou: Sulf. zinc. 1,0. Acetat. plumb. basic. solut. 2,0, Tinct. catecha, Tinct. laud. crocat. aa 3,0, Aq. font. dest. 320,0. Die Zahl der Injektionen schwanke zwischen mindestens vier und höchstens sechs pro Tag. Die zuerst injizierte Flüssigkeit lasse man sofort wieder ab und injiziere auf's neue, um jetzt die Lösung eine Minute in der Urethra zu lassen. Längeres Verweilen löst Atonie des Schliefsmuskels aus. Finden sich keine Fäden im Urin mehr vor, so hat der Patient noch 8—10 Tage streng diät und abstinent zu leben, um sich dann als gesund betrachten zu können. Was die Balsamica betrifft, so mufs man grofse Dosen geben, wenn man eine Wirkung erzielen will — Kopaivabalsam 6—10 g, Kubeben 14—15 g, Matikoöl als Stomachikum setzt man den erstgenannten Mitteln mit Vorteil zu. Zeissl empfiehlt folgende Kapseln: Extr. aether. cubebar., Spirit. terebinth. aa 0,10, Dentur tales doses No. C, ad caps. gelat. S. täglich 6—12 Stück. Weniger belästigt das Terpentin, wenn es mit Magnesia gegeben wird. Reicht man Balsamica, so schränke man das Trinken ein, da sie in konzentriertem Harn wirksamer sind. (Andererseits wird in diesem Falle der Eiter nicht so oft mechanisch durch den Urinstrahl entfernt, ein Nachteil, den man aus dem Wege geht, wenn man einerseits viel trinken läfst und gleichzeitig grofse Dosen von Balsamicis giebt. Der Referent.) Was den chronischen Tripper anbetrifft, so wendet sich der Verfasser gegen die Salbensonden, denn bei weichen Infiltrationen wirken sie nicht besser als die einfache Sonde, bei harten sind sie überhaupt unwirksam. Bei Vorhandensein von Granulationswärzchen der Urethra injiziert Zeissl Sol. Mag. Bismuth 5,0—10,0:200, Zinc. sulf., Plumb. acet. aa 1.0:200. Bleibt der Erfolg aus, so empfiehlt Verfasser diese Medikamente als Kakaostäbchen in die Harnröhre einzuführen. Das Legen schwerer Metallsonden und Katheter ist oft von bestem Erfolg begleitet. Krampft sich die Urethramuskulatur dabei zusammen, so lasse man vor der Sondierung warme Umschläge anwenden und führe eventuell Morphium oder Belladonnastäbchen in die Harnröhre oder Mastdarm ein. Dilatatoren sind nach Zeissl entbehrlich. Ebenso das Endoskop. Was die Erlaubnis für den Blennorrhoiker, eine Ehe einzugehen, betrifft, so fordert Zeissl bei Vorhandensein von Fäden und sich nach Gram entfärbender typischer Gonokokken doch noch Kulturversuche mit positivem Ausfall, ehe man eine so folgenschwere Entscheidung wie die Eheverweigerung trifft. Andererseits wird der negative Ausgang des Kulturverfahrens bei Vorhandensein verdächtiger Diplokokken kein absoluter Beweis sein, dafs wir es wirklich nicht mit Gonokokken zu thun haben. Nur ein positiver Ausfall der Kultur ist

ein absoluter Beweis pro. Bei negativem Ausfall wird man zur wiederholten mikroskopischen endoskopischen Untersuchung seine Zuflucht und zur Beurteilung das gesamte klinische Symptomenbild zu Hülfe nehmen müssen. Lassen sich in einem künstlich durch Lapis oder Alcoholica erzeugten Ausfluſs durch Mikroskop und Kultur keine Gonokokken nachweisen, so ist die betreffende Person als nicht mehr infektionsfähig zu bezeichnen. Das Sekret der Prostata und der Samenblasen ist bei der Untersuchung nicht zu vergessen. *Hopf-Dresden.*

Die Diagnose der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen beim Manne, von J. Wertheer-Dresden. (Festschrift z. Feier d. 50jähr. Bestehens d. Stadtkrankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt. Wilhelm Baensch, Dresden 1899.) Zusammenfassende kritische Darstellung der Untersuchungsmethoden, die uns gegenwärtig zur Diagnose der Blennorhoe und ihrer Komplikationen zur Verfügung stehen. — Interessant ist folgender vom Verfasser beiläufig erwähnter Fall: Bei einem Patienten mit Mandelgeschwüren trat einige Tage nach Excision der Mandeln ein Reizzustand in der Harnröhre mit schleimiger Absonderung auf; in der Pars bulbosa fand sich eine geschwollene Drüse von der Gröſse einer kleinen Kirsche. Tripper war nicht vorhergegangen. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Komplikation metastatischer Art, ähnlich der Orchitis bei Parotitis. *Göts-München.*

Über Blennorrhoe im Wochenbett, von Oswald-Fehs-Frankfurt a. M. (*Ärztl. Prax.* 1900. No. 14.) Noeggerath, Kaltenbach und Ahlfeld waren die ersten, die auf die Häufigkeit febrilen Wochenbetts bei Müttern blennorrhoischer Kinder hinwiesen. Nach Sänger lieſs sich unter 230 Fällen die Infektion in 15% auf das meist einzige Wochenbett zurückführen. Die Fälle sind häufig, wo der akute Tripper bei der schwangeren Frau ganz übersehen wird und die Krankheit erst bei der Entbindung durch Infektion der Augen des Kindes und Aszendieren der Blennorrhoe in die Erscheinung tritt. Oft sind peritonitiche Symptome im Wochenbett das erste Zeichen, daſs eine bestehende Blennorhoe macht. Zuweilen schlieſst sich das Auftreten der Erscheinungen auch an das zu frühe Verlassen des Bettes an. Nach Untersuchungen Wertheims kann der Tripper auch Ursache eines Abortus werden, indem er eine interstitielle Endometritis mit eventuell anschlieſsender glandulärer Form hervorruft. Ist eine Infektion beregter Art während der Schwangerschaft eingetreten, so pflegen die Affektionen der Tuben am 8. bis 10. Tage des Wochenbetts ihre Symptome zu machen; bei operativen Entbindungen eventuell noch früher. Klinisch typisch ist der hohe Puls von über 100 bei den relativ niedrigen Temperatursteigerungen. Zwar treten oft Schüttelfröste auf, dann aber schwindet das Fieber meist oder bleibt sehr niedrig. Ebenso charakteristisch sind die subjektiven Symptome, nämlich Beschwerden in der Tubengegend, längs des Hypogastriums ausstrahlend; Schmerzen bei Druck längs der Poupartschen Bänder. Blennorrhoische Bauchfellentzündungen bleiben lokalisiert und kapseln sich gern ab. Durch staffelförmige Pulssteigerung kündigen sich, wie Leopold berichtet hat, die als Komplikation gefürchteten Thrombosen und Embolien an, und zwar meist ein oder mehrere Tage vor dem Auftreten der Ödeme. Der Unterschied von arteficiellen Infektionen und diesen blennorrhoischen Komplikationen ist in strafrechlicher Hinsicht von Bedeutung. Der Weg der Infektion ist entweder ein direkter vom Uterus auf die Tuben, einer auf den Lymphbahnen (Parametritis) oder ein metastatischer. Krönig fand bei Wochenbetttripper eine Tendovaginitis blennorrhoica; bekannt sind auch die Arthritiden bei Vulvovaginitis der kleinen Mädchen. Gegenüber den Behauptungen anderer Autoren ist die Ansicht Wertheims von Bedeutung, der die Peritonitiden blennorrhoischer

Natur, wie sie während des Puerperiums vorkommen, als echte durch den spezifischen Erreger bedingte Entzündungen des Bauchfells erklärt. Auch die Decidua kann nach neueren Beobachtungen Neumanns spezifisch erkranken. Gonokokken nachzuweisen ist trotz klinisch darauf deutender Erscheinungen zumal bei chronisch verlaufenden Fällen oft sehr schwer, da bei schlechtem Nährboden die Neisserschen Diplokokken allerlei Involutionsformen annehmen können, die die mikroskopische Diagnose irreführen. Besteht Blennorrhoe bei einer schwangeren Frau, so sind prophylaktische Maßnahmen angezeigt, wie Spülungen mit Chlorzink und Lysol, gründlicheres mechanisches Reinigen der Vagina nach Siegm. mit Sublimatspülungen durch den Mutterspiegel. Menge, Fehling und Krönig halten von desinfizierenden Ausspülungen wenig; vielmehr würden durch dieselben eher die baktericiden Eigenschaften der Genitalschleimhäute herabgesetzt, nebenbei steigerten sie die Gefahr eines Abortus. Fehling spült mit Kochsalz in physiologischer Lösung oder Kaliumpermanganat und touchiert zweimal pro Woche per speculum mit 5—10%iger Lapislösung oder pudert mit Jodoform. Im Wochenbett sind Wasser- und darauf 1/3 pro mille Lapis-Irrigationen, sowie Spülungen mit Zinc. sulf. und Liq. Alum. acet. zu empfehlen, eventuell auch Zinol.

Hopf-Dresden.

Verschiedenes.

Hat das „Sich versehen" der Mutter einen Einfluß auf den Foetus in utero? von T. J. T. Mc Hattie-London. (*Lancet.* 24. Nov. 1900.) Verfasser führt folgenden Fall als Stütze für diese sonst ins Gebiet des Aberglaubens abgeschobene Volksmeinung an: Eine Dame, die in den ersten Monaten der Gravidität sich befand, wurde durch den Anblick eines Knaben, der sich an einem Stacheldrahtzaun die Wange aufgerissen hatte, heftig erschreckt. Bei der Entbindung fand sich ein der Verletzung des Knaben vollkommen entsprechender Naevus auf der Wange des Kindes. Derselbe ist zur Zeit noch an dem nunmehr erwachsenen Mädchen sichtbar, wenn auch erheblich abgeblaßt.

T. W. J. Allen-Grimsby (ibid.) berichtet: Eine Dame, welche ca. fünf Monate vor ihrer Entbindung bei einem Fall von Knochenbruch des linken Oberarmes zugegen war, wurde von einem sonst kräftigen Knaben entbunden, dessen linker Arm einen Zoll unterhalb des Ellenbogens intra uterum amputiert war. Eine andere Dame, die sich über verschiedene Mißbildungen bei Barnum und Bailey entsetzt hatte, gebar ihrer Vorhersage entsprechend auch eine Mißbildung, einen Anencephalen. Auch A. weist die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhanges nicht ganz von der Hand.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 4. 15. Februar 1901.

Aus der dermo-syphilopathischen Klinik zu Parma.

Über das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde.

Von

Dr. M. Pelagatti.

Mit Tafel IV.

Als ich vor einigen Monaten mit polychromem Blau von Unna Schnitte von pathologischem Gewebe aus dem linken Ohrläppchen einer Frau färbte, bei der man die Diagnose von ulceriertem Lupus gestellt hatte, fielen mir im Inneren von einigen Riesenzellen gewisse Körperchen auf, die ich im Verlaufe von mehr als 7 Jahren in zahlreichen Präparaten von Lupus vulgaris oder anderen Formen von Hauttuberkulose niemals gesehen hatte. Dem Beispiele anderer folgend will ich diese Körperchen Zelleneinschlüsse nennen, obwohl mir diese Bezeichnung gar nicht passend erscheint, da es gar nicht selten vorkommt, dafs einige von ihnen in den Zellzwischenräumen und ganz unabhängig von den Riesenzellen auftreten. Sie stechen von den übrigen Gewebselementen durch eine ihnen eigene glänzend blaue Farbe ab und liegen zerstreut an verschiedenen Punkten des Präparates. Man findet sie aber besonders da, wo die Kernbildung noch frischen Datums ist, dagegen die Riesenzellen in geringer Anzahl vorhanden sind, und sie fehlen vollständig an den Stellen, wo die Veränderungen am ausgesprochensten sind. Diese Zelleneinschlüsse waren an Gröfse und Gestalt unter einander sehr verschieden: in einigen Fällen erreichten sie den Umfang von kaum einem weifsen Blutkörperchen, in anderen füllten sie den ganzen Körper der Riesenzelle aus, ja dieser reichte zuweilen nicht aus, die ganze eingeschlossene Masse zu umfassen.

Die am häufigsten angetroffene Form war die runde oder birnenförmige, andere waren trommelschlägel-, biscuit-, hammer-, blatt- oder kleeblattähnlich. Zuweilen sah man kompliziertere Gestalten, die durch Konfluieren mehrerer Elemente entstanden waren. Welches aber auch immer ihre Form sein mochte, überall waren die Umrisse gebogen und

nirgends vermochte ich Ecken, Kanten oder Spitzen zu entdecken. Sie zeigten sich nicht gleichmäfsig gefärbt, sondern liefsen verschiedene scharf abgegrenzte Zonen erkennen, deren Anzahl je nach den Fällen eine verschiedene war. Gewöhnlich waren deren vier, eine zentrale blaue, eine periphere ebenfalls blaue aber dunklere, welche in Gestalt eines Hofes eine mittlere Zone umgab, deren Färbung die Mitte hielt zwischen derjenigen der peripheren und der zentralen. Von dieser letzteren war sie durch eine vierte Zone getrennt, deren Farbton sich demjenigen der peripheren näherte. Zuweilen waren aber die Zonen so zahlreich und so scharf von einander geschieden, dafs die Körperchen, wenn sie Kugelgestalt hatten, wie Querschnitte von Zwiebeln aussahen.

Obgleich ich selbst derartige Zelleneinschlüsse niemals gesehen hatte, war mir ihr Vorkommen nicht unbekannt. Ich wufste nämlich, dafs LANG (1) in seinen Arbeiten über die Histologie des Lupus sich im Abschnitte über die Riesenzellen mit den Zelleneinschlüssen beschäftigt und eine genaue Beschreibung der Morphologie derselben giebt. In Bezug auf ihre Natur ist LANG der Ansicht, dafs sie den HASSALschen „Corpora amylacea" analoge Gebilde seien, welche bekanntlich viel Ähnlichkeit haben mit Stärkekörnern, aber ganz verschiedener Natur sind, und die man ziemlich häufig in der weifsen Gehirnsubstanz älterer Individuen, sowie bei Entartungsprozessen des Nervensystems, ferner in der Prostata und den Lungen Erwachsener antrifft. Auch ist mir die Arbeit von SSUDAKEWITSCH (2) bekannt, welcher der Ansicht ist, dafs die genannten Zelleneinschlüsse als degenerierte elastische Fasern oder als Produkte ihrer Veränderungen zu betrachten sind. Er stützt sich dabei auf den angeblichen Befund, dafs sich die Körperchen häufig nach aufsen von den Zellen vermittelst einer wirklichen elastischen Faser fortsetzen. Bei seinen ersten Versuchen hat sich SSUDAKEWITSCH als Farbstoff des RANVIERschen Hämatoxylins bedient und hat dabei die Wahrnehmung gemacht, dafs sich die Zelleneinschlüsse sehr intensiv violettblau färbten, während der Fortsatz eine schwach-blaue Färbung, wie normale elastische Fasern, annahm. Das Gegenteil findet statt, wenn man mit HERXHEIMERschem Hämatoxylin färbt, wie dies SSUDAKEWITSCH später gethan hat: die Zelleneinschlüsse färbten sich nämlich nur ganz schwach, die Fortsätze dagegen intensiv. Gestützt auf diesen Befund hat nun Ss. angenommen und den unwiderleglichen Beweis gefunden, dafs die Zelleneinschlüsse weiter nichts seien, als degenerierte elastische Fasern. Was dann diejenigen Formen anbelangt, deren Morphologie mit derjenigen der elastischen Fasern nicht übereinstimmt, so hält SSUDAKEWITSCH dafür, dafs sie das Entstadium der Veränderungen darstellen, welche die von der Riesenzelle umschlossene elastische Faser durchgemacht hat.

Der Veränderungsphasen des elastischen Gewebes giebt es nach SSUDA-

KEWITSCH verschiedene: zunächst beschränken sich, wie oben gesagt, die Veränderungen auf die Färbbarkeit der eingeschlossenen elastischen Faser, sodann kommt es zu einer Zusammenziehung des Protoplasma der Riesenzelle mit Vakuolenbildung, die Fasern schrumpfen zusammen, zerfallen in Segmente, zerbröckeln und führen zur Bildung von Gebilden mit konzentrischen Schichten. Schliefslich verschwinden auch die Körperchen und im Inneren der Riesenzellen bleibt weiter nichts übrig als Vakuolen.

Aus diesen widersprechenden Ansichten von LANG und SSUDAKEWITSCH über die Natur dieser Körperchen ersieht man, dafs das letzte Wort in dieser Frage noch nicht ausgesprochen worden ist.

Aufser den beiden genannten Autoren hatte sich, als ich meine Untersuchungen hierüber begann, noch niemand ernstlich mit den fraglichen in den Riesenzellen eingeschlossenen Gebilden beschäftigt. Wohl erwähnt ihrer UNNA in seiner „Histopathologie"; er führt aber dabei nur die Ansicht der anderen Autoren und nicht seine eigene an und zwar aus dem Grunde, weil er niemals Gelegenheit gefunden hat, welche zu sehen.

Es scheint auch, dafs COLOMIATTI (3) derartige Zelleneinschlüsse beobachtet und die Absicht gehabt habe, sich damit in seinem Handbuche über die pathologische Anatomie der Haut zu beschäftigen; er wurde aber daran durch seinen Tod gehindert. In diesem Handbuche, welches später Prof. MARTINOTTI herausgegeben hat, findet man nämlich eine Abbildung, welche einige dieser Gebilde darstellt. In dem begleitenden Texte fehlt aber jeder Hinweis auf die in der Figur selbst bezeichneten Einzelheiten.

Ich mufs ferner eine Arbeit von SCHUEPPEL (4) anführen, welcher zuerst vom Vorkommen von Kalksalzen im Inneren von Riesenzellen spricht, was dann später noch andere behauptet haben, ohne dafs ich aber wüfste, dafs sie ihre Behauptungen durch Thatsachen zu unterstützen gesucht hätten.

Es ist übrigens höchst auffallend, dafs von so vielen Autoren, die sich bis in alle Einzelheiten mit den Riesenzellen beim Lupus beschäftigt haben, nur ganz wenige der Einschlüsse Erwähnung thun. Wahrscheinlich hängt dies weniger von der Seltenheit ihres Vorkommens ab, als von der Schwierigkeit, mit der sie mit den gebräuchlichsten Farbstoffen sichtbar gemacht werden können. Diese Substanzen nämlich, wie z. B. das Karmin, Hämatoxylin, Karbolfuchsin etc., färben meistens die Zelleneinschlüsse nicht, und in den seltenen Fällen, wo sie es thun, geschieht es nur teilweise, indem einige Stellen farblos bleiben und es unmöglich machen, die Konturen und die Struktur der Körperchen zu erkennen.

Diese Unempfindlichkeit der Zelleneinschlüsse gegenüber vielen Farbstoffen ergiebt sich schon aus dem Umstande, dafs sie mir vollständig

entgangen waren bei der Untersuchung von Präparaten, die mit Pikrocochenille, Alaunkarmin, Hämatoxylin, nach der Methode von ZIEHL, oder mit anderen Substanzen gefärbt worden waren. Selbst als ich sie in mit polychromem Blau von UNNA behandelten Schnitten deutlich gesehen hatte, vermochte ich in meinen älteren, mit den obengenannten Substanzen gefärbten Präparaten kaum etwas im Inneren der Riesenzellen zu entdecken, was an die Gebilde erinnerte, die durch die UNNAsche Methode so deutlich hervorgehoben werden. In der Erwartung, einige der genannten Körperchen auch in anderen Lupusgeweben zu entdecken, untersuchte ich Fragmente von Präparaten aus unserer klinischen Sammlung. In einem derselben fand ich deren eine ganze Menge, was mir infolge der mangelhaften Färbemethode einige Jahre zuvor mit demselben Hautstücke gar nicht gelungen war. Das betreffende Präparat stammte von einem myxomatösen Lupus der Nase.

Inzwischen erhielt ich Kenntnis von der Arbeit von RÓNA (5) über diesen Gegenstand. Der genannte Autor hat zum Gegenstand seiner Untersuchungen verschiedene Fälle von Lupus und einen von Lepra anästhetica gemacht; er gelangte dabei zu Resultaten, welche in jeder Beziehung die Ansicht von SSUDAKEWITSCH unterstützen, die bekanntlich dahin geht, daſs die Zelleneinschlüsse weiter nichts sind, als veränderte elastische Fasern, auf denen sich Kalksalze abgelagert haben. RÓNA hat aufserdem gefunden, daſs sich nicht nur Kalk-, sondern auch Eisensalze um die elastischen Fasern in den Riesenzellen niederschlagen. Als er die Schnitte mit einer 5%igen Salzsäurelösung behandelte, sah er die Körperchen verschwinden; an ihrer Stelle blieben Vakuolen zurück, die, wieder mit Hämatoxylin behandelt, sich nicht mehr färbten. Als er hierauf die Schnitte mit saurer Oreeinlösung färbte und auf ihren Eisengehalt untersuchte, konstatierte er, daſs die ganze Zone in der Umgebung der Faser sich blau färbte, womit das Vorhandensein von Eisen erwiesen war.

Beim Erscheinen dieser Arbeit war ich zunächst unschlüssig, ob ich meine Untersuchungen fortsetzen sollte. Meine bisherigen Forschungen erlaubten mir aber nicht, mit den genannten Autoren in dem Punkte übereinzustimmen, daſs die Zelleneinschlüsse veränderte elastische Fasern seien. Ich beschloſs demnach, weitere Nachforschungen zu machen. Zuerst lenkte ich mein Augenmerk auf die wahre Natur der Läsionen, deren pathologische Produkte ich zu untersuchen im Begriffe stand. Nach neueren Arbeiten wuſste ich nämlich, daſs es gewisse Krankheitsformen giebt, welche ganz wie Lupus aussehen, aber anderen pathologischen Agentien ihre Ursache verdanken, als dem KOCHschen Bacillus, nämlich den Blastomyceten. In beiden Fällen ergaben die für den Tuberkelbacillus typischen Färbemethoden ein absolut negatives Resultat. In dem Falle von Lupus des Ohrläppchens machte ich aufserdem noch Kultur- und In-

okulationsversuche mit Tieren. Was die Kulturen anbelangt, so ergaben sie in Bezug auf den Tuberkelbacillus negative Resultate, dagegen wuchsen Kolonien von Sarcinen, Torulae und eines Blastomyceten auf. Meerschweinchen und Kaninchen inokuliert, führte aber die Inokulation zu keinen Veränderungen bei diesen Tieren. Ich inokulierte nämlich Fragmente des pathologischen Gewebes in das Unterhautzellgewebe des Rückens einiger Meerschweinchen und Kaninchen. Bei sämtlichen inokulierten Tieren fand ich die der okulierten Stelle benachbarten Lymphdrüsen vergrößert, verkäst und mit Tuberkelbacillen angefüllt. Die tuberkulöse Natur der Läsionen war somit auf experimentellem Wege festgestellt und jede andere Hypothese kam in Wegfall. Klinisch fallen diese beiden Fälle von Lupus (des Ohrläppchens und der Nase) in die Kategorie des von LELOIR (6) beschriebenen Lupus myxomatosus.

In dem ersteren Falle, mit Lokalisation an der Nase, bestanden zwei dicke Knoten, von denen der eine, haselnußgroße, aus dem Nasenloch hervorragte; der andere, nußgroße, nahm den ganzen rechten Nasenflügel und einen Teil der Oberlippe ein und erstreckte sich fast bis zur Mitte des Nasenrückens. Beide Knoten waren von gelblichroter Farbe, ihre Oberfläche von Epidermis entblößt und höckerig. In dem anderen Falle war die Epidermis stellenweise erodiert und da wo die Epidermis fehlte, lag eine gallertige Substanz von gelblicher Farbe bloß. Das hypertrophierte Ohrläppchen war 3—4 mal dicker, als unter normalen Verhältnissen; es bestanden sekundäre Adenopathien. Im ersteren Falle führte die Entfernung mit dem Messer und die Anwendung des Thermokauters zur vollständigen Heilung, so daß nach drei Jahren noch nichts von einem Recidiv zu erkennen war. Im anderen Falle war ebenfalls die Totalextirpation vorgenommen worden und die Heilung trat auch rasch ein; bis jetzt, d. h. 6 Monate nach der Operation, ist ebenfalls nichts von einem Recidiv sichtbar.

Histologisch boten die beiden Fälle von Lupus, abgesehen von ihrem Gehalte an typischen Körperchen, nichts besonderes dar, das man nicht regelmäßig auch bei anderen Formen von Lupus sieht. Abgesehen von der Reichhaltigkeit an Gefäßen vermochte ich nicht jene von LELOIR als für den myxomatösen Lupus charakteristisch angesehenen Merkmale aufzufinden. In beiden konstatierte ich das Vorhandensein sehr zahlreicher hyaliner Kugeln von den verschiedensten Dimensionen, die zerstreut lagen und isoliert oder zu Gruppen von mehreren vereinigt waren. Diese Kügelchen zeigten eine ganz andere Farbe als die spezische der Zelleneinschlüsse. So waren z. B. diese letzteren in den mit polychromem Blau und Tanninfuchsin gefärbten Schnitten blau, während die hyalinen Kugeln rot waren. Diese Verschiedenheit der Färbung genügte nach meinem Dafürhalten zur Annahme, daß die Zelleneinschlüsse und die hyalinen Körperchen ver-

schiedener Natur seien. Von den verschiedenen Substanzen, die ich zum Färben der Zelleneinschlüsse angewendet habe, glaube ich nur diejenigen anführen zu sollen, welche dieselben vollständig oder teilweise färben. Ihre Zahl reduziert sich auf drei, nämlich: das polychrome Blau von UNNA, das Orcein und das Hämatoxylin. Beim polychromen Blau habe ich ohne irgend welche Abänderung die von UNNA angegebenen Methoden angewendet, indem ich als Fixatoren und Entfärbungsmittel gerbsäurehaltige Lösungen von Orange, Säurefuchsin, Wasserblau oder neutrales Orcein und Glycerinäther-Mischung verwendete. Ich wäre sehr verlegen, wenn ich meine Meinung darüber abgeben sollte, welche dieser Substanzen mir die besseren Dienste geleistet hat. Unter allen Umständen kann ich mich dahin äufsern, dafs mir folgendes Verfahren die besten Präparate geliefert hat: die Schnitte werden zunächst 5 Minuten mit polychromem Blau behandelt, sodann rasch in Wasser abgespült und in eine tanninhaltige Lösung von Säurefuchsin gelegt. Das polychrome Blau hebt die Zelleneinschlüsse deutlich hervor, indem sie ihnen eine besondere Nuance erteilt (bleu gendarme), die von der dunkelblauen Farbe der Umgebung absticht; aufserdem färbt es alle Teile des Körperchens, aber nicht in gleichmäfsiger Weise, sondern einzelne Stellen mehr als andere. Diese ungleichmäfsige Verteilung des Farbstoffs hängt aber nicht etwa vom blofsen Zufall ab, sondern steht im Zusammenhange mit der Lagerung der verschieden Teile des Gebildes. Das polychrome Blau erlaubt ferner eine Differenzierung der Abschnitte, die ich als normal betrachte, von den veränderten oder degenerierten und zwar durch ihre verschiedene Färbung. Dagegen hat mir das polychrome Blau nicht erlaubt, wie vorzüglich es sonst auch sein mag, einzelne feine Details zu erkennen, wie ich es mit dem Hämatoxylin erreicht habe, indem ich nach einer besonderen Methode verfuhr, die mir der Zufall verschaffte. Ich behandelte nämlich einige Schnitte nach der Methode von SUDAKEWITSCH mit HERXHEIMERschen Hämatoxylin in der Absicht, mich zu überzeugen, ob die Zelleneinschlüsse wirklich als degenerierte elastische Fasern aufgefafst werden können. Da verwechselte ich aus Versehen die Flaschen und behandelte die bereits mit Hämatoxylin gefärbten Schnitte mit einer Lösung von gelbem Blutlaugensalz statt mit Eisenchloridlösung. Natürlich entfärbten sich die Schnitte sofort. Statt die Präparate gleich wegzuwerfen, betrachtete ich sie näher unter dem Glase und da gewahrte ich zu meiner Überraschung, dafs die Zelleneinschlüsse stark braun gefärbt waren und von der farblosen Umgebung deutlich abstachen. Die feinsten Strukturdetails traten scharf hervor. Selbstverständlich habe ich mich dann in der Folge stets dieser zufällig entdeckten Methode bedient beim Studium der Morphologie der Zelleneinschlüsse. Aus welchem Grunde das HERXHEIMERsche Hämatoxylin in Berührung mit dem gelben Blutlaugensalze die Zelleneinschlüsse

so intensiv zu färben vermag, während alle anderen zelligen Elemente farblos bleiben, bin ich nicht in der Lage zu erklären. Eines Punktes bin ich aber sicher, nämlich dafs es das in den Zelleneinschlüssen enthaltene Eisen ist, welches mit dieser Methode besser als mit allen anderen Substanzen sichtbar gemacht wird. Hierin stimme ich vollständig mit RÓNA überein. Dafs das Eisen durch das HERXHEIMERsche Hämatoxylin bei Gegenwart von gelbem Blutlaugensalz braun gefärbt wird, zeigte sich mir beim Färben von Schnitten der Purpuraknoten, wo das Vorhandensein von Eisen bereits durch die sog. Berlinerblauprobe erwiesen war. Ich möchte fast sagen, dafs die Methode mit dem HERXHEIMERschen Hämatoxylin und gelbem Blutlaugensalz noch empfindlicher ist, als diejenige von STIEDA; die Präparate sind aber in rein ästhetischem Sinne weniger hübsch, weil sich mit dem Hämatoxylin das Pigment braun und nicht blau färbt. Es ist unumgänglich notwendig, sich bei diesen Untersuchungen des HERXHEIMERschen Hämatoxylins zu bedienen, wenn man ein günstiges Resultat erzielen will. Wiederholt habe ich an Stelle des Hämatoxylins von HERXHEIMER dasjenige von DELAFIELD, BIZZOZZERO, BOEHMER etc. anzuwenden versucht; es ist mir aber niemals gelungen, damit eine Färbung der Zelleneinschlüsse zu erzielen oder Spuren von Pigment in Geweben nachzuweisen, von denen ich genau wufste, dafs sie Eisen enthielten. Zu demselben Resultate gelangte ich, als ich blofs eine Lösung von Lithion carbonicum mit gelbem Blutlaugensalz gebrauchte. Das Hämatoxylin, in welcher Lösung ich es auch anwenden mochte und selbst nach der HERXHEIMERschen Formel (ohne gelbes Blutlaugensalz) hat mir bei der Färbung der Zelleneinschlüsse keine günstigen Resultate geliefert; dieselben werden nämlich durch das Hämatoxylin nur ganz schwach und teilweise gefärbt; einzelne sehr wichtige Details, ohne welche es geradezu unmöglich wird die Konfiguration und Struktur des Gebildes zu erkennen, bleiben verborgen. In derselben Weise wie das Hämatoxylin, verhält sich auch das Orcein, sowohl in neutraler als in saurer Lösung. Diese letztere zeigt noch mehr die Neigung, gewisse Teile und speziell die Konturen der Zelleneinschlüsse und Streifen zu färben, die man häufig in den veränderten Gebilden beobachtet. In den mit Orcein und Hämatoxylin gefärbten Präparaten sind die Konturen der Körperchen unbestimmt und verschwommen. Es sind nur einzelne Teile gefärbt und wem nicht andere Färbemethoden geläufig sind, um Vergleiche anzustellen, der wird die Gebilde leicht für Fragmente von elastischen Fasern halten.

Bevor ich zur genaueren Beschreibung der Zelleneinschlüsse übergehe, möchte ich noch auf einige Untersuchungen hinweisen, die ich zu dem Zwecke unternommen hatte, um wenn möglich die chemische Zusammensetzung der fraglichen Gebilde festzusetzen. Ich wufste nämlich sehr

wohl, wie man sich in einer nur auf die Morphologie sich stützenden Diagnose täuschen kann.

Zahlreiche Autoren haben nämlich behauptet, dafs sich in den Riesenzellen Kalksalze ablagern und die Gestalt von Zelleneinschlüssen annehmen, und RÓNA erklärt auf Grund seiner eigenen Untersuchungen, dafs sich dieselben aus Fragmenten von elastischen Fasern zusammensetzen, um welche sich Kalk- und Eisensalze abgelagert haben. Andererseits weifs man, dafs sich im tierischen Gewebe reichliche Mengen von Kalk in Form von Salzen und speziell von neutralem Karbonat oder Triphosphat ablagern. Ich habe dementsprechend Schnitte mit derartigen Einschlüssen, welche mit polychromem Blau, Orcein, Hämatoxylin DELAFIELD, BOEHMER etc., sowie auch HERXHEIMERschem Hämatoxylin mit gelbem Blutlaugensalz gefärbt waren, der Wirkung von Säuren ausgesetzt, die ich zwischen Objektträger und Deckgläschen einführte. In verdünnter und konzentrierter, kalter und heifser Salzsäure blieben die Zelleinschlüsse unverändert, während das umgebende Gewebe nach und nach zerstört wurde. In allen gefärbten Schnitten wurden die Zellkörperchen, ebenso wie das Gewebe entfärbt. Nur in den mit HERXHEIMERschem Hämatoxylin und gelbem Blutlaugensalz behandelten Präparaten behielten die genannten Gebilde ihre braune Farbe bei, welche um so deutlicher hervorstach, als die ganze Umgebung entfärbt war. In den nicht gefärbten Schnitten sind sie zunächst beinahe unsichtbar und nehmen dann erst eine gelblichweifse Färbung an.

Bei der genauesten Untersuchung war es mir nicht möglich, Bläschen von Kohlensäure zu entdecken. Gegenüber konzentrierter oder verdünnter, kalter oder heifser Schwefelsäure verhalten sich die Körperchen wie bei Anwendung von Salzsäure. Dasselbe geschieht mit Salpetersäure und Ammoniak. Ebenso bleiben sie ganz unverändert bei Berührung mit verdünnter oder konzentrierter Kalilauge. In dieser letzteren, und zwar je konzentrierter sie ist, nehmen sie eine strohgelbe Farbe an, welche sich bis zum braungelben verdunkelt; auf diese Weise werden die in den ungefärbten Schnitten zunächst ganz verschwommen aussehenden Körperchen später in allen ihren Einzelheiten sehr deutlich sichtbar. Behandelt man die Schnitte zuerst mit Kalilauge und sodann mit einer Lösung von Natriumnitroprussid, so bleiben die Körperchen ungefärbt.

Nach den Resultaten dieser Reaktionen glaube ich mich zur Annahme berechtigt, dafs die Kalksalze wenig mit der Zusammensetzung der in Frage stehenden Gebilde zu schaffen haben. Bekanntlich zersetzen sich die Kalksalze bei Berührung mit Salzsäure und entwickeln Kohlensäure, welches letztere in meinen Versuchen nicht geschah. Man kann wohl kaum annehmen, dafs die Zellkörperchen schwefelsauren Kalk enthielten, da dieser in Wasser löslich ist. Ebenso mufs ausgeschlossen

werden, dafs sich der Kalk in den Gebilden in Gestalt von Phosphat vorgefunden habe und zwar aus dem Grunde, weil das $CaH^4(PO^4)^2$ in Wasser und das $Ca^3(PO^4)^2$ in siedenden Mineralsäuren löslich ist. Was ferner den oxalsauren Kalk betrifft, so fehlt derselbe ebenfalls in den Zelleneinschlüssen; denn auch dieser würde durch die Salz- und Salpetersäure gelöst. Alle übrigen Metallsalze, wie z. B. Kalium-, Natrium-, Magnesiumsalze, aus denen sich die organischen Gewebe zusammensetzen und die in Wasser löslich sind, fehlen in den genannten Gebilden.

Es handelte sich nun noch darum, zu untersuchen, wie es um ihren Gehalt an Stärkesubstanzen stand. Die Stärkekörner weisen nämlich stellenweise ganz die Gestalt von Zelleneinschlüssen auf. Ich habe demnach die Schnitte mit einer Jod-Jodkaliumlösung gefärbt, erhielt aber die charakteristische Stärkereaktion nicht, selbst bei Hinzufügen von Schwefelsäure. Aus diesem Grunde lassen sich auch die HASSALschen Körperchen ausschliefsen, da dieselben mit Jod eine Färbereaktion geben, die von weinrot bis bläulichgrau variiert. Ich hielt es nicht für nötig, meine Untersuchungen noch auf andere mit der Stärke verwandte Substanzen auszudehnen, wie z. B. das Glykogen, die Glykose, welche in Wasser oder andere, welche in Alkohol und Äther löslich sind.

Es blieben demnach noch die amyloiden Substanzen und Proteinkörper übrig, welche die Gruppe der sogenannten Degenerationen bilden. Ich beschränkte mich aber auf die Untersuchung einiger derselben. Bekanntlich wohnt dem Mucin eine ausgesprochene Neigung zu den basischen Farbstoffen inne, speziell zum Methylenblau. Mit dem polychromen Blau von UNNA nimmt es eine Färbung an, welche derjenigen der Zelleneinschlüsse sehr nahe kommt. Man hätte somit annehmen können, dafs die Körperchen Mucin enthielten: diese Ansicht mufste ich aber fallen lassen, als ich die Präparate mit Kalilauge behandelte und die Zelleneinschlüsse unverändert blieben, während das Mucin in einer Lösung von Kalilauge löslich ist. Das Vorhandensein von Amyloid mufs ebenfalls ausgeschlossen werden, weil die charakteristische weinrote Jodreaktion fehlte. Mit den Methoden von VAN GIESON und von GRÜBLER habe ich sodann zu untersuchen gesucht, ob die Körperchen vielleicht Ansammlungen von Kolloid, einer anderen Proteinsubstanz, wären; aber das Resultat fiel negativ aus.

In letzter Zeit hat man ferner viel vom Hyalin, einer eiweifsartigen Substanz gesprochen, welche zuweilen in den Geweben die Form gewisser lebender Organismen annehmen, mit welchen sie öfters verwechselt worden sind. Diese Substanz hat zahlreiche Farbenreaktionen, die allen bekannt sein dürften, weshalb ich sie hier nicht anführen will. Die nach passenden Methoden gefärbten Präparate haben mir die Gewifsheit verschafft, dafs die Zelleneinschlüsse nichts gemeinschaftliches haben mit dem Hyalin,

ja, dafs sie im Gegenteil ganz entgegengesetzte Farbenreaktionen liefern. Dies sieht man vorzüglich in einigen meiner mit polychromem Blau und Karbolfuchsin gefärbten Präparaten, wo die Zelleneinschlüsse eine blaue und die sehr zahlreichen hyalinen Körperchen eine rote Farbe angenommen haben.

Ich habe auch an das Casein gedacht. Bekanntlich enthalten die Talgdrüsen in ziemlich reichlichen Mengen Casein, das bei Berührung mit alkalischen Basen die Bildung von Caseaten und diese letzteren von Zelleneinschlüssen veranlafst haben könnte. Die mit einer Lösung von $CaH^4(PO^4)^2$ behandelten Schnitte haben mir gezeigt, dafs die fraglichen Gebilde kein Casein enthielten, weil sich dieses in dem genannten Salze aufgelöst hätte.

Eine weitere eiweifsartige Substanz ist das Elastin. Die Aufsuchung dieses letzteren erschien mir um so wichtiger, als man öfters behauptet hat, dafs die Zelleneinschlüsse weiter nichts seien als degenerierte elastische Fasern. Das Elastin wird durch das Orcein gefärbt aber nicht durch das polychrome Blau. Nun aber färbten sich die Körperchen schwach mit Orcein und sehr intensiv mit polychromem Blau. Das in allen Reagentien unlösliche Elastin wird löslich, wenn man es längere Zeit mit erwärmten Mineralsäuren behandelt. Ich habe gefärbte Schnitte der Wirkung kochender Schwefelsäure ausgesetzt, ohne dafs sich die Zelleinschlüsse verändert hätten, während einzelne an verschiedenen Stellen der Präparate zerstreute und in der Umgebung der Gefäfse angeordnete elastische Fasern teilweise zerstört wurden. Übrigens sprechen mir noch andere Gründe, von denen ich aber später reden werde, dafür, dafs das Elastin mit den Zelleneinschlüssen nichts zu schaffen hat.

Dafs das Fett hierbei beteiligt sein könnte, ist mir niemals eingefallen und zwar aus dem Grunde, weil jede Art Fett in Äther und den ätherischen Ölen löslich ist. Man hätte aber auch annehmen können, dafs die Körperchen nur Verseifungsprodukte der Fette darstellen. Nach neueren Berichten besteht nämlich der Tuberkelbacillus zur Hälfte aus Fett und solches hätte sich eventuell in gröfseren Mengen im Inneren der Riesenzellen vorfinden können. Aus dieser Vermutung liefs sich sodann die Frage ableiten, ob die Zelleneinschlüsse nicht vielleicht das Resultat einer Verseifung der Tuberkelbacillen seien. Unter den Seifen giebt es nun solche, welche in Alkohol, Äther und Wasser löslich, und andere, die es nicht sind; diese letzteren werden aber durch Schwefelsäure zerstört. Wie wir aber gesehen haben, werden die Zelleneinschlüsse von der Schwefelsäure in keiner Weise angegriffen, weshalb die Theorie von der Verseifung der Tuberkelbacillen dahinfällt.

Aus der Gesamtheit aller dieser Untersuchungen geht hervor, dafs gar keine Beziehungen bestehen, zwischen den Zelleneinschlüssen und

allen jenen Substanzen, von denen man hätte annehmen können, dafs sie Ansammlungen innerhalb der Zellen veranlassen könnten. Wenn wir ferner die Morphologie der Zelleneinschlüsse in Betracht ziehen, so finden wir erst recht und noch besser, als durch die chemische Untersuchung, dafs ihre Struktur die oben angeführte Theorie umstürzt.

Zur richtigen Schätzung der morphologischen Besonderheiten dieser Gebilde mufs eine Färbemethode gewählt werden, welche die feinsten Details scharf hervortreten läfst. Ausgeschlossen müssen werden alle Präparate mit Orcein und Hämatoxylin (ausgenommen die Methode mit dem gelben Blutlaugensalz), da in denselben nur einzelne Stellen des Gebildes gefärbt sind und zwar wahrscheinlich diejenigen, welche sich zu verändern beginnen. Dies könnte aber leicht zu falschen Vermutungen über die Natur der Zelleneinschlüsse verleiten. Ich habe deshalb das polychrome Blau und das Hämatoxylin von Herxheimer mit Hinzufügen von gelbem Blutlaugensalz vorgezogen.

In Bezug auf ihre Gestalt können die Zelleneinschlüsse in 4 Typen eingeteilt werden. Der erste dieser Typen umfafst die Gebilde von runder oder ovaler Gestalt. Zum zweiten gehören die länglichen Formen. Der dritte bildet die Vereinigung zweier oder mehrerer Formen der beiden ersten Typen. Den vierten Typus bilden jene formlosen Agglomerate, welche sich dem Farbstoffe gegenüber verhalten, wie die Zelleneinschlüsse, aber ihre Struktur und Form verloren haben.

Bevor ich zur Beschreibung dieser Typen übergehe, möchte ich auf gewisse, allen diesen Typen, mit Ausnahme des vierten, zukommenden Besonderheiten hinweisen. Vor allem mufs ich betonen, dafs das Gebilde keineswegs als ein vom Farbstoff in homogener Weise gefärbter Haufen erscheint, sondern vielmehr als ein Komplex, in Bezug auf Dimension und Farbton von einander scharf geschiedener Schichten. Dieser Schichten oder Zonen giebt es vier, von denen die erste und vierte fadenförmig dünn und von dunklerer Farbe ist als die zweite, die viel breiter ist. Im Centrum liegt die vierte Zone, deren Farbton demjenigen der zweiten sehr nahe kommt, mit dem Unterschiede aber, dafs, während diese letztere aus einer homogenen Masse zusammengesetzt zu sein scheint, die vierte mehr oder weniger glänzende Körnchen enthält. Diese vierte Zone übertrifft an Dicke alle anderen zusammengenommen. Ein weiteres, den drei ersteren Typen gemeinschaftliches Merkmal besteht in dem Vorkommen eines durchsichtigen und farblosen Hofes, welcher das Gebilde umgiebt und wahrscheinlich auf eine Rarefaktion des Protoplasma der Riesenzelle zurückzuführen ist.

In denjenigen Riesenzellen, wo das Gebilde nicht vollständig das Innere des Zellkörpers ausfüllt, befindet es sich niemals im Centrum, sondern an dem einen der beiden Pole der Zelle. An dieser Stelle ist

der periphere Hof stets sehr scharf markiert, während dagegen der Kranz von Zellkernen hier stark verdünnt erscheint.

Die Zelleneinschlüsse des ersten Typus haben entweder eine vollständig runde oder eine ovale, selten eine birnförmige Gestalt. Meist stehen sie isoliert in der Riesenzelle; selten trifft man sie zu zweien vereint. Ausnahmsweise findet man welche aufserhalb der Zelle und unabhängig von derselben; stets aber sind sie wenigstens in deren Nähe. In den Gebilden von runder Gestalt ist die äufsere Zone dicker und intensiver gefärbt als in denjenigen der anderen Typen. Dasselbe gilt von der dritten Zone. Die Gesamtheit dieser drei Zonen hat ganz das Aussehen einer dreifachen Kapsel, welche die dritte umgiebt. Diese letztere zeigt zuweilen in ihrer Mitte eine Ansammlung intensiv gefärbter und glänzender chromatischer Substanz. Sehr häufig sind bei diesem Typus gewisse Formen, welche wie eine Zwiebel aussehen, wegen der zahlreichen Schichten, aus denen sie sich zusammensetzen. Diese Multiplicität der Schichten beruht aber keineswegs auf einer Verdoppelung oder Verdreifachung der Zonen, sondern auf einer Teilung der mittleren Zone in ebensoviele durch Spalten getrennte Schichten. An dieser Unterabteilung in Schichten beteiligt sich zuweilen auch die zentrale Zone. Die dem zweiten Typus angehörenden Formen sind stets isoliert und liegen quer durch die Riesenzelle in Gestalt eines Balkens. Diese länglichen Gebilde sind nach aufsen von einer wellenförmigen Linie begrenzt, so dafs die Ränder wie höckerig aussehen. Die drei Zonen, welche eine Art Kapsel um die Zelleneinschlüsse bilden, behalten überall dieselbe Dicke bei, so dafs die innere Begrenzungslinie überall der Oberfläche der Kapsel folgt und die zentrale Zone eingeschnürt erscheint, wo an der Oberfläche eine Einsenkung liegt; einem Höcker der Oberfläche dagegen entspricht eine Auftreibung der mittleren Zone. In einigen Zelleneinschlüssen läfst sich deutlich erkennen, dafs da, wo auf der Oberfläche eine Einsenkung besteht, eine Scheidewand das ganze Gebilde durchzieht und es in zwei Teile teilt. Bei anderen Zelleneinschlüssen sehen die Höckerchen ganz aus wie wirkliche Knospen, die seitlich aus der Wandung hervorragen. Einzelne dieser Protuberanzen oder Knospen sind mit der Wandung durch eine breite Basis verbunden, an der sich nichts von einer beginnenden Trennung erkennen läfst; bei anderen dagegen sieht man eine Einschnürung, welche die Knospe von dem übrigen Teile des Gebildes trennt. Die dem dritten Typus angehörenden Gebilde nehmen meist den ganzen Körper der Riesenzelle ein; andere sind von zwei oder drei Riesenzellen umgeben, die sich vereinigt zu haben scheinen, um das Körperchen zu umschliefsen. In einzelnen seltenen Fällen erscheint die Riesenzelle wie geborsten und das Körperchen ragt an einer Stelle aus derselben hervor. Die Gebilde dieses Typus setzen sich aus einem oder mehreren

rundlichen Körperchen und einem länglichen zusammen, wodurch das Bild von Sporen entsteht, die an einem Sporenträger befestigt sind. In den Gebilden des dritten Typus sieht man sehr deutlich die vier konzentrischen Zonen, während die Formen mit zahlreichen Schichten sehr selten sind. Zum vierten Typus rechne ich jene Formen, welche zwar teilweise die runde oder längliche Gestalt beibehalten, aber trotzdem wenig oder gar keine Ähnlichkeit haben mit den anderen Typen. Sie sind selten vollständig in einer Riesenzelle eingeschlossen; meist liegen sie von derselben unabhängig oder es scheint vielmehr, dafs zwei, drei oder mehr Riesenzellen das Gebilde von allen Seiten umschlossen halten. Bei diesem Typus konstatiert man sehr deutlich gezeichnete Risse, welche das Gebilde nach allen Richtungen durchkreuzen. Sieht man aber genauer nach, so findet man, dafs die älteren Spalten konzentrisch nach einem zentralen Hylus zu verlaufen. Ich betone nochmals, dafs die Gebilde des vierten Typus Degenerationsformen sind, welche die Farbstoffe nur schwer aufnehmen oder vielmehr von ihnen in einem helleren Tone gefärbt werden.

Aus dem Vorausgegangenen möchte ich folgende Schlüsse ziehen:

Die Kalksalze beteiligten sich nicht an der Zusammensetzung der in den Riesenzellen des Lupus eingeschlossenen Gebilde. Dasselbe gilt von den Natron-, Kalium- und Magnesiumsalzen, welche andererseits in mehr oder weniger bedeutenden Mengen im menschlichen Organismus angetroffen werden. Ebenso mufs ausgeschlossen werden, dafs die Zelleneinschlüsse den Hassalschen Körperchen analog seien, wie dies Lang auf Grund ihrer morphologischen Ähnlichkeit mit den corpora amylacea behauptet hat. Desgleichen kann es sich nicht um Stärkekörnchen handeln, die allenfalls infolge äufserlicher Anwendung von stärkehaltigen Medikamenten in das lupöse Gewebe hätten eindringen können. Ferner halte ich es für ausgeschlossen, dafs hier eiweifsartige Substanzen in Frage kommen, welche in gewissen Fällen Ansammlungen verursachen, die den Zelleneinschlüssen ähnlich sehen; dies auf Grund der oben beschriebenen chemischen Reaktionen. Es bleibt uns somit noch die dritte Hypothese übrig, welche in letzter Zeit von Ssudakewitsch aufgeworfen und von Róna und Lewinberg unterstützt worden ist. Danach wären die endocellulären Körperchen Fragmente von elastischen Fasern, die von den Riesenzellen während der Periode ihrer Entwickelung aufgenommen und eingeschlossen würden. Auf Grund der obigen Untersuchungen fällt aber auch diese Auffassungsweise dahin. Es haben sich nämlich die Zelleneinschlüsse stets viel widerstandsfähiger als die elastischen Fasern den Mineralsäuren gegenüber erwiesen, welche das Elastin bekanntlich auflösen, wenn sie bei höherer Temperatur längere Zeit auf dieselben einwirken. Bedeutet dies vielleicht, dafs die fraglichen Gebilde entartete elastische Fasern sind? Oder beruht diese Resistenz gegenüber den Mineralsäuren vielleicht nach der Ansicht

von METSCHNIKOFF (8) darauf, daſs die Fragmente der elastischen Fasern unter der konservierenden Wirkung der Riesenzellen in eine resistente, solide Masse verwandelt werden, welche die Säuren nicht anzugreifen vermögen — wie dies bei der Eincystierung der Infusorien geschieht? Diese zweite Hypothese würde sich mit der Thatsache in Einklang bringen lassen, daſs die elastischen Fasern, während sie in der Umgebung der Riesenzellen zerstört werden, innerhalb derselben erhalten bleiben. Es läſst sich aber nach meiner Ansicht kaum annehmen, daſs ein Teil der elastischen Fasern innerhalb und ein anderer auſserhalb der Riesenzelle Platz nehmen sollte, wobei dieser letztere intakt und unverändert bleiben würde, wie dies SSUDAKEWITSCH und RÓNA gesehen haben wollen. Vielmehr wäre man geneigt anzunehmen, daſs es sich um degenerierte elastische Fasern handelt. Da diese eine spezifische Färbung mit dem polychromen Blau zeigen, würde dadurch bewiesen sein, daſs sie sich in Massen von Elacin umgewandelt haben, welches sich bekanntlich mit basischen Farbstoffen, speziell dem polychromen Blau färbt. Dann müſste aber noch bewiesen werden, daſs sich das Elacin den Mineralsäuren gegenüber widerstandsfähiger verhält als das Elastin. Vorläufig erscheint es aber als sehr unwahrscheinlich, daſs die Zelleneinschlüsse degenerierte elastische Fasern sind, weil man nur schwerlich einsehen kann, daſs sie aus dem Grunde besser als die elastischen Fasern der auflösenden Wirkung der Säuren zu widerstehen vermögen, weil sie entartet sind. Andererseits will ich nicht absolut in Abrede stellen, daſs sich nicht auch elastische Fasern innerhalb der Zellen befinden können. Die Morphologie der beobachteten Figuren läſst aber diese Ansicht im allgemeinen wenig wahrscheinlich erscheinen, in Anbetracht der von LANG, COLOMIATTI und mir gemachten Beobachtungen und den beiliegenden Abbildungen. Noch viel unhaltbarer erscheint sie aber nach dem Resultate meiner Untersuchungen. Wenn man nämlich zunächst auch hätte voraussetzen können, daſs ein Fragment von elastischen Fasern infolge von schichtweiser Ablagerung von Kalksalzen die sonderbarsten Formen annehmen könnte, so läſst sich derartiges nicht mehr sagen, nachdem bewiesen worden, daſs die Präparate keine Kalksalze enthalten. Die Natur jener Gebilde muſs also eine andere sein. In Anbetracht der rundlichen oder länglichen Gestalt dieser Körperchen und der verschiedenen an Dicke und Farbton deutlich unterschiedenen Zonen, welche in ihrer Gesamtheit das Körperchen bilden, glaube ich nicht zu irren, wenn ich jene Gebilde als Zellen betrachte, die aus einer doppeltkonturierten Kapsel bestehen, welche eine zentrale, zuweilen homogene, meist gekörnte Protoplasmamasse umgiebt. Ich halte nämlich dafür, daſs jene Zelleneinschlüsse Zellen sind, jedoch keine normalen oder pathologischen Zellen des Gewebes selbst, in dem sie sich befinden. Ich glaube vielmehr, daſs es sich um zellige Elemente handelt, die einem

pflanzlichen Organismus angehören, der ins Innere des lupösen Gewebes gedrungen ist. Keine der beschriebenen Formen widerspricht, wie mir scheint, dieser meiner Auffassungsweise, indem die länglichen, durch Septa in ebenso viele Segmente getrennte, aus einer dreifachen Kapsel und einem zentralen, mehr oder weniger gekörnten Teile bestehenden Formen alle charakteristischen Merkmale von sporogenen Hyphen eines Pilzes aufweisen. Die Protuberanzen ferner, welche man an den seitlichen Partien einiger Gebilde sieht, haben ganz das Aussehen von Knospen und verhalten sich auch wie solche. Es lassen sich nämlich an ihnen alle Phasen der Knospung verfolgen, vom initialen Höcker bis zur Einschnürung, welche die Tochter- von der Mutterzelle trennt (Fig 6 a u. b). Von den runden und ovalen, sowie einigen länglichen Formen, welche an ihren Rändern weder Protuberanzen noch Einsenkungen zeigen (Fig. 1), lassen sich nach meinem Dafürhalten die ersteren sehr wohl als Sporen, die zweiten als Mycelhyphen des vermuteten Pilzes betrachten. Auch die oben beschriebenen zwiebelartigen Gebilde mit ihren zahlreichen konzentrischen Ringen vermögen nicht meine Theorie umzustürzen, denn es fehlt nicht an Beispielen, wo andere Parasiten je nach den Fällen einen oder mehrere konzentrische Zonen aufweisen, so z. B. einzelne Blastomyceten. Wer sich mit Bakteriologie beschäftigt, dem wird auch jene Art von Mikroorganismus bekannt sein, die sich aus mehr oder weniger zahlreichen konzentrischen Schichten zusammensetzt, die sich um einen zentralen Hylus gruppieren; derselbe verunreinigt zuweilen ältere Serumschläuche, hat sich aber, so viel mir bekannt, auf keinem anderen Nährboden kultivieren lassen und auch seine Natur ist niemals bestimmt worden.

Ich bin nun der Ansicht, dafs man jene Formen mit konzentrischen Zonen als in Degeneration begriffene Zelleneinschlüsse aufzufassen habe. Von dieser Degeneration lassen sich nun die verschiedenen Phasen bei genauer Beobachtung der einzelnen Formen von Körperchen mit konzentrischen Schichten beobachten. Zunächst hätte man die Segmentation der drei die Kapsel bildenden Zonen in verschiedene Ringe; sodann erstreckt sich die Teilung auch auf die zentrale Zone. Weiterhin kommt es zu einer Spaltung der zahlreichen Ringe und infolgedessen erscheint das Gebilde von Rissen durchzogen, welche vom Centrum nach der Peripherie ausstrahlen. Jetzt zerfallen die einzelnen Fragmente und bilden Haufen amorpher Substanz (Fig. 7 u. 8). Das Vorhandensein von Eisen in den Zelleneinschlüssen bildet absolut kein Argument gegen die Ansicht, dafs es sich bei diesen Gebilden um Hyphomyceten handelt. Im Gegenteil findet meine Überzeugung in dem Umstande eine Stütze, dafs ich das Eisen im Innern der Körperchen selbst und nicht blofs aufgelagert gefunden habe. Übrigens besitzen noch andere Mikrophyten die Eigenschaft

Eisen aufzuspeichern, so z. B. die Chrenothrix k. oder Polyspora des Trinkwassers, welche Eisen absorbiert und in den Wasserleitungsröhren bedeutenden Schaden verursacht. Gestützt auf diese Thatsachen bin ich zu der Überzeugung gelangt, dafs die Zelleneinschlüsse weiter nichts sind, als die Elemente eines Pilzes. Ferner glaube ich, dafs dieser Pilz wahrscheinlich von dem ulcerierten Teile aus in das erkrankte Gewebe dringt. Seine Elemente werden von den Riesenzellen aufgenommen, während diese in ihrer Bildung begriffen sind, ohne dafs letztere auf die ersteren eine wirkliche phagocytäre Wirkung auszuüben brauchen. Ich bin auch überzeugt, dafs er keine pathogene Wirkung, noch irgend welchen Einfluſs auf den Verlauf des Prozesses ausübt, höchstens könnte man ihm die reizende Wirkung eines Fremdkörpers zuschreiben.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Litteratur.

1. Lang, Zur Histologie des Lupus. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* II. Jahrg. 1875. Der Lupus und dessen operative Behandlung. Wien 1898.
2. Ssudakewitsch, Riesenzellen und elastische Fasern. *Virchows Archiv.* Bd. 115. 1889.
3. Colomiatti, Anatomia patologica della pelle. Torino 1884.
4. Schueppel, Untersuchungen über Lymphdrüsentuberkulose. 1871.
5. Röna, Über das Verhalten der elastischen Fasern in Riesenzellen. *Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie.* 1900.
6. Leloir, Traité de la scrophulo-tuberculose de la peau. Paris 1892.
7. Lewinberg, Beiträge zur Kenntnis des elastischen Gewebes. Zürich 1898.
8. Metchnikoff, Über die phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen. *Virchows Archiv.* 1888.

Erklärung der Tafel.

Vergröfserung: Koritska, Okul. 3, Objekt. 7.

Fig. 1 a. Zelleneinschluſs vom Typus 1. *b.* Typus 3; Färbung mit polychromem Blau, Säurefuchsin, Tanninlösung.

Fig. 2 a u. b. Zelleneinschlüsse vom dritten Typus. *c.* Erster Typus, Färbung mit Herxheimerschem Hämatoxylin und gelbem Blutlaugensalz.

Fig. 3. Zweiter Typus; dieselbe Färbung.

Fig. 4. Vierter Typus; id.

Fig. 5. Dritter Typus; polychromes Methylenblau, Säurefuchsin, Gerbsäurelösung.

Fig. 6. Zweiter Typus; Hämatoxylin Herxheimer, gelbes Blutlaugensalz.

Fig. 7. Vierter Typus; polychromes Methylenblau, Tanninfuchsin.

Fig. 8. Vierter Typus; polychromes Methylenblau, Wasserblau, Gerbsäurelösung.

Fig. 1.

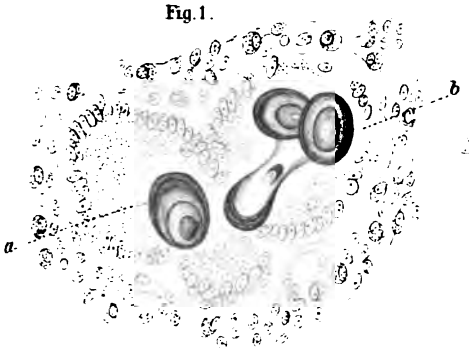


Fig. 2.

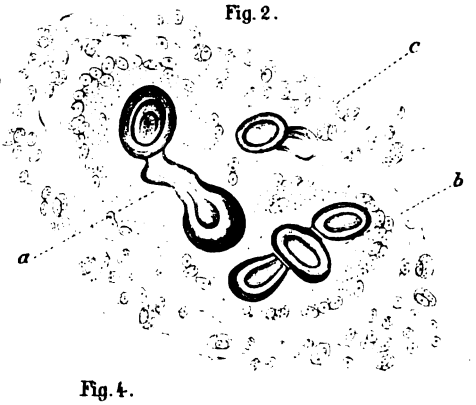


Fig. 3.

Fig. 4.

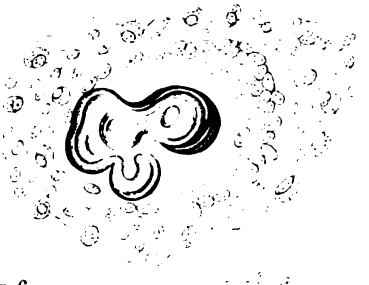


Fig. 5.

Fig. 6.

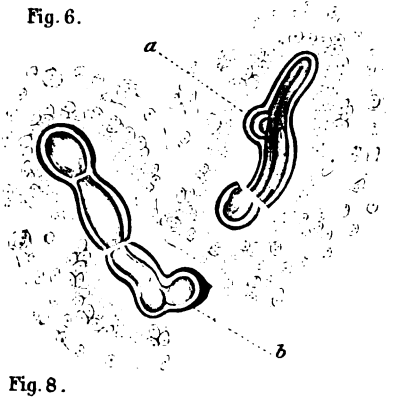
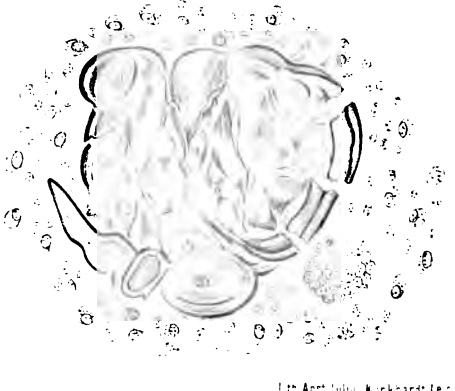


Fig. 7.

Fig. 8.



Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Über Alopecia praematura (Alopecia seborrhoica, pityrodes s. furfuracea).

Von

S. Behrmann-Nürnberg.

Während die Bakteriologie in den letzten 20 Jahren auf fast allen Gebieten der Medizin Neues gefördert hat, sehen wir, dafs die Resultate, die sich auf die Ursachen der Alopecia praematura beziehen, spärliche und dabei nicht einmal allgemein anerkannte sind. Es kommen in Betracht die Forschungen Unnas und Sabourauds; Unnas Flaschenbacillen wie auch der von Sabouraud näher erforschte Mikrobacillus erfreuen sich nicht der allgemeinen Anerkennung, die Forschungen des letzteren beziehen sich auch mehr auf die Alopecia areata, die ja wegen der bei Anwendung zweckmäfsiger Reizmittel fast stets eintretenden Regeneration der Haare eine viel bessere Prognose gewährt, als die Alopecia seborrhoica. Die Arbeit Saalfelds,[1] so mühsam und verdienstvoll dieselbe sonst ist, hat auch nicht zur Klärung der Sache beigetragen. Es liegt um so weniger eine Veranlassung vor, auf die in dieser Arbeit angeführten Tierversuche einzugehen, die zur Nachprüfung der von Lassar und Bishop gemachten Untersuchungen angestellt wurden, als Saalfeld selbst auf Seite 86 seiner Arbeit sagt: „Diese ganzen Versuche zeigen, dafs eine experimentelle Übertragbarkeit des Haarausfalles, analog dem beim Menschen auftretenden Haarausfall nebst seiner Begleiterscheinung, der Schuppenbildung, in keinem einzigen Falle gelungen ist.“ Ferner sagt der Autor auf derselben Seite weiter unten: „Das Resultat der zahlreichen Versuche entspricht also vollkommen den Anschauungen, welche, wie oben gezeigt, die überwiegende Mehrzahl der Autoren in dieser Beziehung gegen die Richtigkeit der parasitären Theorie ausgesprochen haben.“ Mit diesen Autoren sind gemeint, wie aus der ersten Seite der Arbeit hervorgeht: Michelson, Brocq, Kaposi, Besnier und Doyon, Paschkis, Spietschka und Grünfeld. Die Deutung der bakteriologischen Befunde wird nicht einmal versucht; es wird nur auf Seite 87 bemerkt: „Diese Mikroorganismen konnte ich mit Bestimmtheit nicht in die bisher bekannten einreihen, halte es aber nicht für ausgeschlossen, dafs sie zum Teil mit denen Unnas und Sabourauds identisch sind.“

[1] Saalfeld, E.: Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura. *Virchows Archiv.* 1899. Bd. 157. S. 77—89.

Meinem Ermessen nach würden wir in der Frage nach der Ursache der Alopecia praematura eher zu greifbaren und praktisch verwertbaren Resultaten gelangen, wenn wir folgende Fragen zu beantworten suchten, indem wir zunächst von den anatomischen und physiologischen Verhältnissen ausgehen und uns dann auf das pathologisch-anatomische Gebiet begeben. Bei dieser Gelegenheit könnten wir die bisherigen Anschauungen über die pathologische Anatomie der Alopecia praematura durchmustern, ihr Für und Wider erörtern und versuchen selbst aus dem geringen oder gröfseren Nutzen der Therapie Schlüsse zu ziehen.

1. An welchen Stellen der Kopfhaut findet bei der Alopecia praematura der Haarausfall zuerst und am intensivsten statt und warum geschieht das gerade an diesen Stellen?

Die physiologische normale Lebensdauer der Kopfhaare beträgt 2 bis 6 Jahre und zwar wechseln die am Scheitel (entsprechend der Lambdanaht, der Pfeilnaht und über den Seitenwandbeinen) befindlichen Haare meistens schon nach 2 Jahren, während die Haare am Hinterhaupt, oberhalb der Ohren und in der Nähe der Kranznaht erst nach 4—6 Jahren ausfallen und sich neubilden. Fragen wir nach dem Grunde der kürzeren Lebensdauer der Haare auf den zuerst angegebenen Partien der Kopfhaut und nach dem des selteneren Wechsels an den zuletzt angeführten Regionen derselben, so können zur Beantwortung dieser Fragen nur die anatomischen Verhältnisse der Kopfhaut herangezogen werden.

Die Kopfhaut ist in der Gegend der Lambda-, Sagittalnaht und über den Seitenwandbeinen am festesten mit ihrer Unterlage, der Galea aponeurotica und den Kopfknochen verwachsen und daher fast gar nicht verschieblich und nicht besonders dick. Die Arterien dieser Gegend (Ausläufer der Arteria temporalis superficialis, auricularis posterior und occipitalis, frontalis und supraorbitalis) sind in dem Bindegewebe so fest fixiert, dafs sie ihr Lumen bei einer Wunde, die die Kopfhaut quer durchtrennt, nicht verengern können, weshalb auch Kopfwunden so heftig bluten und die Blutstillung in den genannten Regionen so viele Schwierigkeiten macht. Diese Arterien sind daher bei Erkrankungen des Haarbodens nicht im stande, ihr Lumen den veränderten Füllungsverhältnissen der Kapillaren, die die Talgdrüsen und Haarbälge umgeben und diese ernähren, anzupassen, wenn eine Erkrankung dieser Talgdrüsen und eine Ernährungsstörung derselben eintritt, wie sie sich auch etwaigen veränderten Ernährungsverhältnissen und Störungen in der Funktion der Haarpapillen nicht anpassen können; sie können (dasselbe mit anderen Worten ausgedrückt) durch eine Änderung ihrer Lumina keinen Ausgleich des Schadens herbeiführen, indem sie die Weite oder Enge derselben bei etwaigen Ernährungsstörungen je nach den Verhältnissen modifizieren.

Die Haare durchbohren am Scheitel in der Nähe des oberen Winkels

der Hinterhauptschuppe die Haut in senkrechter Richtung nach oben. Je weiter vom Wirbel entfernt, desto schiefer wird ihre Richtung.[2]

Man darf daher annehmen, dafs auch die Talgdrüsen am Scheitel eine mehr senkrechte Stellung einnehmen, weniger zahlreich sind und eine geringere Entwickelung (kleinere Anzahl von Läppchen) zeigen, als die Talgdrüsen an den Haaren, die vom Scheitel entfernter liegen, ferner, dafs ihre Schläuche bei der geringeren Dicke der Kopfhaut am Scheitel und bei ihrer straffen Fixation kürzer sind, als am Hinterkopf und in der Gegend oberhalb der Ohren.

Es werden daher die Talgdrüsen am Scheitel und nach vorne von denselben bei ihrer steileren Richtung, ihrer geringeren Zahl und Entwickelung und ihrer geringen Beweglichkeit eher einer Erkrankung unterliegen und Funktionsanomalien zeigen, als die Talgdrüsen am Hinterkopfe und in der Schläfengegend. Auch in dem grofsen Unterschiede in dem Verhältnisse der Wurzelscheide zur Haardicke beim Kopfhaare (1,7 : 1) gegenüber dem der Haare des Backenbartes (0,8 : 1), des Schnurrbartes und der Augenbrauen (0,7 : 1) scheint mir eine Möglichkeit des leichteren Zutrittes von Schädlichkeiten zu den Haarbildungsstätten (Papilla pili) und den Talgdrüsen der Kopfhaare, als zu denen der anderen angeführten Haare, gegeben.[3]

Die Kopfhaare wurzeln nicht in der eigentlichen Haut, sondern im Unterhautzellgewebe und zwar sehr tief.[4] Die Talg- und Schweifsdrüsen der Kopfhaut ragen, wie die Haartaschen, tief in das subcutane Bindegewebe hinein.[5]

Während der zuerst erwähnte Umstand den Haaren an den Seitenteilen des Kopfes, wo sie die Haut schräg und nicht, wie am Scheitel, senkrecht durchbohren, zu gute kommt und ihr langes Leben bedingt, entbehren die Scheitelhaare bei ihrer senkrechten Stellung, bei der verhältnismäfsig geringen Dicke und starken Fixation der Kopfhaut am Scheitel trotz ihres tiefen Herabreichens der Vorteile der ersteren und zeigen eine Lebensdauer von ca. 2 Jahren. Sie, wie auch ihre Talgdrüsen erkranken auch eher wegen der angeführten Mifsstände und führen durch ihr dauerndes Verschwinden zur Alopecia praematura.

2. Handelt es sich bei der Alopecia praematura um eine akute oder chronische Entzündung oder um eine krankhafte Reizung?[6]

---

[2] Hyrtl, Handbuch der topographischen Anatomie. Wien 1872. 6. Aufl. 1. Bd. S. 41. Die Bemerkungen über die Arterien sind der S. 46 entnommen.

[3] Die Angaben über das Verhältnis der Wurzelscheide zur Haardicke nach Joseph, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 3. Aufl. Leipzig 1898. S. 119. Anm. 1, wo Wertheim als Autor dieser Messungen angeführt wird.

[4] Hyrtl, S. 44.

[5] Hyrtl, S. 46.

[6] Pohl-Pincus, Die Hautkrankheiten, ihre Behandlung etc. Berlin 1891. 4. Aufl. S. 65. S. 55 (Nicht eine Schwäche liegt vor, sondern ein Krankheitsreiz).

Es kommt wohl keiner dieser Zustände in Betracht. Die Kopfhaut sieht beim Haarausfall am Scheitel meistens blafs und anämisch aus und zwar selbst, wenn wir nach dem Gebrauche von Seifen oder Seifenspiritus die Schuppen und Auflagerungen entfernt haben. Es vermag also selbst der aus grüner Seife und Alkohol bestehende Seifenspiritus keine dauernde Rötung der Kopfhaut bei seiner Anwendung während der beginnenden Alopecie hervorzurufen, obgleich er doch seiner Zusammensetzung nach hierzu im stande sein sollte und das auch bei seiner eventuellen Anwendung auf einer gesunden, auf ihrer Knochenunterlage verschieblichen Haut thut. Ziehen wir ferner in Betracht, dafs die nach LASSAR auch bei der Alopecia praematura gebrauchten Reizmittel (Teerseife, 2‰ Sublimatlösung, ½% Naphtolalkohol, 2% Salicylöl) eine schon bestehende Entzündung noch steigern müfsten, besonders, wenn sie, wie das bei der chronischen Natur der Alopecia der Fall ist, längere Zeit angewendet werden, während wir in Wirklichkeit nichts derartiges eintreten sehen, so ist eine akute oder auch nur chronische Entzündung als Ursache der Alopecia nicht im geringsten wahrscheinlich. Wozu bedürfe es noch eines Reizes, wenn schon eine Entzündung besteht und woher könnten wir die Erfolge, die die LASSARsche Behandlung oft zeitigt, erreichen, wenn bei einer bestehenden Entzündung noch Reizmittel angewendet werden?

Aufserdem müfsten, wenn eine Reizung den Haarausfall befördert, die Haare am Hinterkopfe und oberhalb der Ohren eher ausfallen, als die am Scheitel; denn die zuerst erwähnten Stellen sind ja oft dem nicht gerade sehr angenehmen und zweckmäfsigen Drucke von Kopfbedeckungen (Hüten, die noch inwendig mit einem unzweckmäfsigen, die Transpiration hindernden Lederstreifen versehen sind, Helmen) ausgesetzt. Nichtsdestoweniger finden wir selbst bei ausgedehnten Glatzen noch Haare am Hinterkopfe und oberhalb der Ohren. Es kann daher eine Reizung den Haarausfall nicht veranlassen oder auch nur befördern.

3. Handelt es sich bei der Alopecia praematura um die Folgen der Einwirkung von Stoffwechselprodukten von Bakterien oder überhaupt von Mikroorganismen?

Auch darum kann es sich nicht handeln; denn wir sehen, dafs die nach Typhus, Scarlatina und selbst die während der Syphilis auftretende Alopecia eine disseminierte und keine vollständige ist, die bei zweckmäfsigem Verhalten (roborierende Diät, spezifische Therapie) selten eine dauernde wird. Die nach dem Typhus auftretende Alopecia ruft meistens nur ein Lichterwerden (Schütterwerden) der Haare hervor und kann mit der Alopecia seborrhoica gar nicht verglichen werden.[1] Ebenso ist der

[1] Auch während des chronischen Stadiums der Intermittens (Supraorbitalneuralgie, mäfsiger Milztumor, unregelmäfsiges Auftreten von Frostanfällen) tritt ein Dünner-

Haarausfall bei der Alopecia syphilitica meistens kein allgemeiner und bevorzugt nicht besonders den Scheitel, sondern die Haare lichten sich nur. Und selbst die an das Erysipel sich direkt anschliefsende Alopecie, wenn dasselbe vom Gesicht aus auf die Kopfhaut übergeht, ist bei zweckmäfsigem Verhalten selten eine dauernde, da die Haarpapillen nur vorübergehend geschädigt werden. Auch auf dem Blutwege kann das Erysipel Haarausfall verursachen, indem die Toxine der Erysipelkokken (Streptococcus pyogenes ROSENBACH) bei ihrer Ausscheidung durch die Kopfhaut den Haarboden schädigen und vorübergehenden Haarausfall verursachen. Es wird aber auch hierbei nicht, wie bei der Alopecia praematura, die Scheitelgegend bevorzugt.

Wir sehen also, dafs die Stoffwechselprodukte der verschiedensten akuten (und einer chronischen Infektionskrankheit, der Syphilis) Infektionskrankheiten manchesmal, gewöhnlich nach Ablauf der Infektionskrankheiten bei ihrer Ausscheidung durch die Kopfhaut einen Haarausfall verursachen, der mit der Alopecia pityrodes schon wegen der Art des Ausfallens der Haare (Lichterwerden derselben) und wegen der verschiedenen Lokalisation an der Kopfhaut nicht verglichen werden kann; dabei rufen die verschiedensten Infektionskrankheiten, deren Stoffwechselprodukte also ganz verschieden sind, trotz ihrer Verschiedenheit eine im grofsen und ganzen gleiche Art der Alopecia (Alopecia disseminata) hervor. Und selbst, wenn der Haarboden direkt der Angriffspunkt der Infektion ist, wie beim Erysipelas migrans, wo von der Einwirkung von Stoffwechselprodukten von Mikroorganismen allein, die nach dem Ablauf der Affektion nicht blofs durch die Kopfhaut, sondern auch durch die übrige Haut des Körpers ausgeschieden werden — deren Wirkung gewissermafsen bei der Verteilung auf die gesamte Hautfläche nur als eine diluierte und abgeschwächte bezeichnet werden mufs —, nicht die Rede sein kann, läfst sich die eintretende Alopecie nicht mit der Alopecia praematura vergleichen.

Man darf daher aus diesen Deduktionen wohl den Schlufs ziehen, dafs es sich bei der Alopecia pityrodes auch nicht um die Einwirkung von Stoffwechselprodnkten von Mikroorganismen handeln kann. Auch die Bibel erblickt im blofsen Haarausfall und in der Glatzenbildung keine Infektion (3. Mose 13, 40 u. 41). Sie scheint aber die kahl gewordenen Stellen als loce minoris resistentiae anzusehen, auf welchen die Lepra und lepraähnliche Hauterkrankungen ihren Anfang nehmen können (3. Moses 13, 42 u. 43).

---

werden der Haare ein und bessert sich nach einer längeren Darreichung von Arsenik (asiatische Pillen oder FOWLERsche Lösung, Einnehmen von Roncegno). Ich habe diese Beobachtung 3 mal hintereinander in kurzer Zeit gemacht.

In Betracht kann daher als Ursache der Alopecia praematura nach Ausschliefsung der anderen Momente nur kommen eine Störung im Apparate der Haarbildung, in der Papilla pili, vielleicht auch eine solche in den Talgdrüsen, die letztere besonders, wenn neben der Alopecia praematura oder vor derselben eine Seborrhoea capitis und faciei bestanden hat und wenn es sich um anämische, chlorotische Individuen handelt, resp. um solche Personen, die während ihrer jüngeren Jahre, insbesondere zur Zeit der Pubertät, an einer Chlorose gelitten haben. Wir wissen aber, dafs vielfach Personen an einer Alopecia praematura leiden, die in ihrer Jugend nie an einer Chlorose gelitten haben und deren Talgdrüsen auch zur Zeit der Pubertät nie eine Sekretionsanomalie gezeigt haben. Es können daher unter diesen Umständen die Talgdrüsen nicht für den Haarausfall verantwortlich gemacht werden: wenigstens kann man ihnen in diesen Fällen nicht allein die Schuld aufbürden. Dafs die Talgdrüsenerkrankung allein nicht die Ursache des Haarausfalles sein kann, beweist meinem Ermessen nach auch der Umstand, dafs die Haarbildungsstätte, die Papilla pili, in der Pars reticularis des Coriums ihren Sitz hat, während die Talgdrüsen in der Pars papillaris sich befinden, also weit oberflächlicher als die Haarpapillen liegen.

Wir wissen, dafs das Keratin, die Grundsubstanz der Epidermis, Haare und Nägel bildet, welches eine den Eiweifskörpern ähnliche Zusammensetzung hat, aber reichlich Schwefel enthält. Beträchtliche Differenzen zeigen die einzelnen Gebilde in ihrem Schwefelgehalt. Den geringsten Schwefelgehalt hat die Epidermis 0,7 %, die Haare haben 5—8 % und die Nägel 2 %. Dafs die Haare durch lösliches Blei schwarz gefärbt werden, beruht auf der Bildung von Schwefelblei.[8] Den gröfsten Gehalt an Schwefel haben die roten Haare und ändern deshalb ihre Farbe durch Bleisalben und selbst durch den Gebrauch bleierner Kämme (Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie des Menschen, 14. Aufl., S. 573).

Während der aus der Kopfhaut hervorragende Teil des Haares, der Haarschaft, der aus Zellen und Luft besteht, die innerhalb dieser Zellen eingeschlossen ist, eine aktive Thätigkeit auszuüben nicht im stande ist, sondern allen Einflüssen gegenüber sich nur passiv verhält, also keine Lebenserscheinungen zeigt, sondern gewissermafsen nur geschoben wird, finden wir in dem Haarbulbus noch Eleidin statt Luft in den Zellen (Joseph, S. 10). Vielleicht ist das Haarwachstum, d. h. die Bildung der Keratinsubstanz, von der Papilla pili aus nur bei der Gegenwart von Eleidin im Haarbulbus möglich. Nach Buzzi scheint das Eleidin eine Vorstufe des Keratins zu sein (Joseph, S. 2).

Das Pigment des Haares findet sich hauptsächlich im Haarbulbus;

[8] Joseph, Hautkrankheiten. Leipzig 1898. S. 17.

es ist sehr wahrscheinlich, dafs dasselbe in der Haarpapille entsteht und von hier aus erst später in den Bulbus einwandert (Joseph, S. 11).

Wir sehen wie bei bestehender Seborrhoea capitis und bei beginnendem Haarausfall eine Besserung beider Zustände eintritt, wenn wir nach Entfernung der Schuppen und des Talges durch Alkalien, Seifen oder Alkohol oder durch die Kombination der beiden zuletzt genannten Mittel, durch den Seifenspiritus, zuerst die Seborrhoea beseitigen und Schwefelsalben anwenden. Die Wirkung der Schwefelsalbe (Ichthyol- oder Thiolsalbe) kann doch nur so erklärt werden, dafs der Schwefel, zumal er schälend wirkt, sich einen Weg zum Haarbulbus und zur Haarpapille bahnt, was ihm um so leichter wird, als die Haare, wie im anatomischen Teile auseinandergesetzt wurde, am Scheitel und ungefähr 2 cm hinter dem vorderen Rand des Haarwuchses — den Prädilektionsstellen des Haarausfalles — ziemlich senkrecht in die Kopfhaut sich einsenken und das Eindringen der Schwefelsalbe zum Haarbulbus und zur Papilla pili an diesen Stellen leichter ist, als an den Seitenteilen des Kopfes (Hinterhaupt und in der Schläfengegend), wo die Haare sich schräg in die Kopfhaut einsenken.

Der in den Haarbalg eingedrungene Schwefel gelangt zur Papilla pili, offeriert sich derselben gewissermafsen oder wird ihr vielmehr von der sachkundigen Hand des Arztes zu Hülfe geschickt, ist ihr behülflich zur Neubildung des Haares und ersetzt ihr den Schwefel, den sie unter normalen Verhältnissen und bei einem ungestörten Stoffwechsel aus der Nahrung des Menschen zieht. Der Schwefel, den die Haarpapillen beim Fehlen einer Seborrhoea capitis und einer beginnenden Alopecia praematura aus den in ihr erhaltenen Kapillaren zur Haarbildung (Keratinbildung) ziehen, kann doch nur aus den Eiweifssubstanzen der Nahrung, die der Mensch zu sich nimmt, stammen. Am ehesten wird sich aus einer Eiweifskost Schwefel bilden, vielleicht tragen auch die Leimstoffe hierzu bei. Am rationellsten ist wohl eine gemischte Kost, am schädlichsten die Kost, die nur Kohlehydrate, also Fettbildner bevorzugt, ebenso der Genufs der Alcoholica, welche die Fettbildung befördern und eine Schwefelbildung unmöglich machen oder auf ein Minimum reduzieren. Aus dieser Auseinandersetzung geht wohl ziemlich deutlich der schon lange geahnte, aber nie bewiesene Einfluſs der Nahrung auf die Hervorrufung oder wenigstens Förderung der Seborrhoea und der Alopecia bei Bevorzugung einer Art der Ernährung hervor.

Wenn nun Schwefel wirklich eines der Endprodukte der Eiweifs verdauung ist, so mufs doch angenommen werden, dafs derselbe sich aus dem aufserordentlich zusammengesetzten Eiweifsmolekül bildet, das, wie das beim Genusse von Eiern der Fall ist, die im Dotter auch Phosphor und noch andere komplizierte Verbindungen (Lecithin etc.) enthalten, erst

nach langen Umsetzungen im menschlichen Körper entsteht, besonders bei Ausnutzung der Nahrung durch angestrengte Arbeit. Wer bei einer reichlichen Eiweifsnahrung wenig arbeitet, in dessen Körper wird sich wahrscheinlich wenig Schwefel bilden und er wird trotzdem an einer Alopecia erkranken. Die letztere ist deshalb bei Leuten aus den besseren Ständen, die ihr tägliches Brod nicht im Schweifse ihres Angesichtes verdienen, sondern ihr Schäfchen schon im Trockenen haben, trotz der besseren Pflege, die sie ihren Haaren zukommen lassen, häufiger, als beim gewöhnlichen Publikum.

Auch die Erblichkeit der Alopecia läfst sich aus den eben dargestellten Verhältnissen ziemlich leicht erklären. Der Sohn eines an Alopecia bereits leidenden Vaters genieſst, wenigstens bis znm Eintritte der Pubertät und so lange er das Brot seiner Eltern ifst, dieselbe unzweckmäfsige Kost, wie der Vater. Es werden ihm auch sehr oft Kohlehydrate in Form von Kuchen, Zucker und anderen Näschereien dargeboten, obgleich kein Hunger besteht, und obgleich die genossenen Kohlehydrate durch angestrengte Arbeit nicht verbraucht und verbrannt werden. Daher die übermäfsige Bildung von Fett, das Eintreten der Seborrhoea und die Entwickelung der Alopecia praematura bei Mangel von Schwefel in den Sekreten des Körpers und besonders der Kopfhaut.

Dafs die auseinandergesetzten Verhältnisse schon früher, wenn auch dunkel vermutet worden sind, beweist die Annahme von Deichler, „durch den Genufs von rohen Eiern, ungekochter Milch und durch die Darreichung von Leimstoffen einen günstigen Einflufs auf die Konservierung der Haare erzielt zu haben".[9]

Wie sehr Schwefel in den Sekreten des menschlichen Körpers verbreitet ist, beweist der Umstand, dafs er auch im Schweifse enthalten ist, in dem ihn Capranica spektroskopisch nachgewiesen hat (Joseph, S. 19).

Dafs der Schwefel auch zur Pigmentbildung im Haare mitwirken mufs, scheint mir der Umstand zu beweisen, dafs bei der Alopecia, die bei einem Schwarzhaarigen behandelt wird, zuerst bei erfolgreicher Behandlung pigmentlose Haare (Lanugo) erscheinen, die erst bei einer längeren Anwendung von Schwefelsalben resp. Schwefelseifen länger und dicker werden und die schwarze Farbe wieder annehmen. Wenn auch der Schwefel nicht direkt zur Pigmentbildung beiträgt, da rote Haare am meisten Schwefel enthalten, die Haare also bei gröfstem Schwefelgehalt am wenigsten Pigment enthalten, so scheint, nach der oben angegebenen Thatsache zu urteilen, die Gegenwart des Schwefels indirekt zur Pigmentbildung notwendig zu sein.

Wir haben uns daher den Vorgang beim Eintritt der Alopecia prae-

[9] Joseph, Hautkrankheiten, S. 11.

matura mit begleitender Seborrhoe des Gesichts und der Kopfhaut so zu denken, dafs unter dem Einflusse einer unzweckmäfsigen Kost unter Vorwiegen der Kohlehydrate und dem gleichzeitigen Genusse von Alkohol kein oder sehr wenig Schwefel im Körper gebildet und den Haarpapillen zugeführt wird, so dafs die Weiterernährung und Existenz, das Längen- und Dickenwachstum der Kopfhaare und zwar zuerst derjenigen, die anatomisch-physiologisch am schlechtesten gestellt sind, der Scheitel- und Vorderkopfhaare, in Frage gestellt und bedroht wird und sie daher in ihrem Bestande noch mehr gefährdet durch die infolge der übermäfsigen Fettbildung sich einstellenden Seborrhoe, die als eine Folge der allzu grofsen Inanspruchnahme und Überbürdung der Talgdrüsen aufgefafst werden mufs, so dafs die letzteren zuerst hypertrophieren und hierauf funktionsunfähig werden — zuletzt ausfallen. Beim Genusse gemischter Kost oder beim Vorwiegen der Eiweifskost tritt die Alopecia ein, wenn ein Übermafs der Ernährung stattfindet und die Nahrungsmittel durch genügende Arbeit nicht ganz verwertet und ausgenutzt werden. Es bilden sich Ptomaine, in deren Gegenwart die Schwefelbildung eine minimale ist oder eventuell ganz unterbleibt. Diese Ptomaine können nun durch die innere Darreichung des gereinigten Schwefels in abführender Dosis aus dem Darme entfernt werden; eventuell macht der in nicht abführender Dosis während einer längeren Zeit konsequent dargereichte Schwefel — in den Blutkreislauf gelangt —, diese Ptomaine unschädlich und unwirksam (paralysiert dieselben); er gelangt in die Talgdrüsen, beeinflufst eine eventuelle Vergröfserung und Entzündung derselben, die durch die dahin gelangten Ptomaine veranlafst worden ist, durch seine Gegenwart in günstigem Sinne, macht bei der gleichzeitigen Anwendung von Schwefelsalben auf die Kopfhaut den Vergiftungsprozefs in den Talgdrüsen rückgängig und wirkt auf die Haarpapillen in dem Sinne, dafs sie ihre Funktion der Haar- und Pigmentneubildung wieder aufnehmen. Direkt scheint die zuletzt erwähnte Funktion der Haarpapillen erst spät gestört zu werden, wenn der Haarausfall schon längere Zeit gedauert hat und wenn die atrophischen Vorgänge der Kopfhaut auch die Haarpapillen verändern; denn wir sehen, wie die Haarpapillen bei einer früh einsetzenden zweckmäfsigen Behandlung der beginnenden Alopecia bald wieder ihre volle Funktionsfähigkeit erlangen; es müssen sich daher organische Veränderungen in denselben erst sehr spät einstellen.

Was nun die Behauptung betrifft, dafs der Ansteckungsstoff der Alopecie in Friseurläden durch die Anwendung von Kopf- und Rollbürsten, die zuvor bei an Seborrhoea capillitii und an beginnender Alopecia Leidenden benutzt worden sind, übertragen werde, so mufs angenommen werden, dafs es sich um die Übertragung von Ptomainen auf die Kopfhaut und ein Eindringen (Eingerieben- und Eingepreſstwerden) derselben

in die Haartaschen handelt. Aufserdem erleichtert das bereits erwähnte, von WERTHEIM festgestellte Verhältnis der Wurzelscheide zur Haardicke beim Kopfhaar (1,7 : 1) das Vordringen von Ptomainen zu den Talgdrüsen und den Haarpapillen.

Bei der Seborrhoea capillitii der Neugeborenen und Kinder, die fast niemals zur Alopecie führt, liegen die anatomischen und physiologischen Verhältnisse ganz anders, als bei der der Erwachsenen. Zunächst ist die Kopfhaut nicht, wie bei Erwachsenen, an ihrer Unterlage unverschieblich befestigt, sondern an der Stelle, wo Lambda- und Pfeilnaht zusammentreffen, liegt die kleine Fontanelle. Es können sich daher die Haarbälge, wie auch die Talgdrüsen und Haarpapillen an neue, vorübergehende Verhältnisse und an geringere Störungen im Stoffwechsel eher anpassen. Zu dieser Seborrhoe mag übrigens die einförmige Milchkost, die im ersten Lebensjahre den meisten Kindern dargereicht wird und die infolge derselben meistens eintretende Obstipation in erster Reihe beitragen. Die im Darme sich bildenden Ptomaine werden wohl vom Blute aufgenommen und durch die Haut ausgeschieden, besonders bei bestehender Obstipation. Bei ihrem Austritt durch die Talgdrüsen der Kopfhaut rufen sie die Entzündung und die Sekretionsanomalie derselben hervor. Wir sehen diese Seborrhoe meistens im zweiten Lebensjahre nach der Darreichung einer gemischten Kost schwinden, ohne dafs eine Alopecie eintritt.

Es erübrigt noch die Frage zu erörtern, warum die Alopecia praematura bei Männern häufiger eintritt, als bei Frauen. Zunächst verwenden die letzteren mehr Sorgfalt auf die Pflege ihrer Haare, zumal sie dieselben meistens lang tragen. Eine Infektion in Friseurläden durch Kopf- und Rollbürsten ist auch ausgeschlossen, da die meisten Mädchen und Frauen sich selbst in ihrer eigenen Wohnung mit ihren eigenen Kämmen und Bürsten die Haare pflegen und ordnen. Wohlhabendere Damen, zu denen die Friseuse in die Wohnung kommt, haben auch ihre eigenen Kämme und Bürsten. Es kommt ferner in Betracht, dafs jüngere Damen, besonders aus den besseren Ständen, mehr Mafs im Essen und Trinken halten, als die Männer im entsprechenden Alter. Gilt es doch allgemein nicht als fein, wenn ein Mädchen bei einer Einladung zu viel ifst, und es kommt sehr oft der Fall vor, dafs Damen, besonders jüngere, vom Tische halb satt aufstehen, wenn sie es nicht vorgezogen haben, schon vorher daheim sich halb satt zu essen, ehe sie zum Mahle, zu dem sie geladen waren, gingen. Aufserdem macht die moderne Toilette, das enge Korsett, welches eine Ausdehnung des Magens nicht ohne grofse Beschwerden gestattet und die in der Taillengegend enge ansitzenden Kleider eine Überfütterung, ja manchmal nur ein Sattwerden, besonders in einem fremden Hause, wo man den Vorschriften der Etiquette und des guten Tones nachkommen mufs, fast unmöglich. Ebenso mäfsig sind Damen

besserer Stände beim Genusse der Alcoholica. Und selbst das Mädchen aus dem Bürger- und Handwerkerstande, das zur Unterstützung seiner Eltern und einer zahlreichen Geschwisterschaar als Ladnerin, Schreiberin an einer Schreibmaschine oder als Telephonistin sich Beschäftigung sucht, hält Mafs im Essen und Trinken, zum Teil, weil ihm die Mittel zu Ausschreitungen auf diesem Gebiete fehlen, zum Teil, weil es bei einer übermäfsigen Korpulenz und bei einem nicht ansprechenden Äufseren kein Unterkommen findet. Und wenn selbst ein solches Mädchen ein besseres Unterkommen hat, so absorbiert die Ausgabe für eine anständige Toilette den gröfsten Teil seines Einkommens.

Und wenn bei dem einen und anderen Mädchen zur Zeit der Pubertät Chlorose auftritt und im Anschlusse an dieselbe eine Seborrhoea faciei et capitis, so ergreifen die meisten derselben, besonders, wenn sie sich in Stellung befinden und auf ihr Äufseres achten müssen, zeitig Mafsregeln, nehmen ärztliche Hülfe in Anspruch, um diese Übel los zu werden. Mit dem Eintritt der Menses und einem Regelmäfsigwerden derselben tritt besonders bei geeigneter Chlorosetherapie eine Besserung und zuletzt ein Schwinden der Seborrhoe ein. Die Menstruation wirkt gewissermafsen wie ein Sicherheitsventil und wird, so humoralpathologisch und verpönt diese Anschauung auch klingen mag, auch zur Ausscheidung von Ptomainen aus dem menschlichen Körper beitragen.

Erst mit fortschreitendem Alter, nach einer glücklichen Verheiratung und nach dem Eintritte in gesicherte und behäbige Verhältnisse sehen wir manche Frauen im Alter zwischen 40—50 Jahren das Mafshalten im Essen und Trinken aufgeben. Infolge dieser Excesse tritt auch, besonders bei der Schwierigkeit, den Haarboden wegen der Länge der Haare zu reinigen, die Seborrhoea capitis und ein Ausfallen der Haare auf. Manche Kahlköpfigkeit wird dann um diese Zeit durch die Kunst des Friseurs und fremde Haare verdeckt.

Aus den gemachten Auseinandersetzungen gehen auch die Mafsregeln zur Genüge hervor, die zur Verhütung und zur Behandlung der beginnenden und fortschreitenden Alopecia praematura ergriffen werden müssen.

Die Männer, resp. Jünglinge, in deren Ascendenz die Alopecia häufig ist, sollen vorwiegenden Genufs von Kohlehydraten vermeiden, wie sie auch Mafs im Genufs von Alcoholicis einhalten sollen. Tritt zur Zeit der Pubertät eine Seborrhoe der Gesichtshaut, resp. eine Akne derselben und eine Seborrhoe der Kopfhaut ein, dann soll nach Entfernung des Fettes durch Spirit. saponat. Kal. Hebr. oder durch Waschungen mit Alkalien oder alkoholischen Lösungen sowohl äufserlich Schwefel in Salbenform wie auch innerlich in Pulverform längere Zeit gebraucht werden. Die Obstipation, die häufig während einer Anämie oder Chlorose und be-

sonders im Beginne derselben besteht, soll durch die innere Darreichung des gereinigten Schwefels allein (2 mal täglich ½—1 Theelöffel voll) oder mit Milchzucker ≡ part. aequal. beseitigt werden. Nach Beseitigung der Obstipation soll der Schwefel wenigstens während dreier Monate messerspitzenweise (3—5 mal täglich eine Messerspitze voll) weiter genommen werden. Zur Vermeidung der Bildung von Ptomainen muſs eine gemischte Kost, die vorwiegend aus Eiweiſs- und Leimstoffen besteht, längere Zeit genossen werden. Die Kost muſs durch angestrengte körperliche Arbeit (Märsche, Turnen, Bergsteigen, Zerkleinern von Holz und ähnlichem) ausgenutzt und verwertet werden. Es sollen ferner keine Nahrungsmittel genossen werden, die leicht zur Bildung von Ptomainen führen (pikanter Käse, ältere Wurstsorten, Mieſsmuscheln, nicht ganz frische Austern, Hummer).

Zur Vermeidung der Infektion in Barbier- und Friseurläden soll die sogenannte Reinigung des Kopfes durch Rollbürsten unterlassen werden.

Bei einer nicht zu weit fortgeschrittenen Alopecie ist die Anwendung von Reizmitteln auf die Kopfhaut, wie z. B. die Lassarsche Haarkur dieselbe repräsentiert, nach vorhergegangener Entfernung des Talges und nach längerer Anwendung von Schwefelsalben sehr anzuraten. Da es sich bei der beginnenden Alopecie wahrscheinlich um eine Erschlaffung der Haarpapillen handelt, die bei einer länger abwartenden Haltung und bei Unthätigkeit des Arztes zu einer Atrophie derselben führt, ist eine Anwendung von Reizmitteln nur rationell und verspricht eine Stärkung der Haarpapillen und eine Wiederkehr derselben zu ihrem normalen Tonus und zu ihrer normalen Funktion, wenn die Reizmittel nur lange genug angewendet werden und wenn eine entzündliche Reizung hierbei vermieden wird.

Womit eine Reizung versucht und wodurch dieselbe erzielt wird, ist schlieſslich gleichgültig. Deshalb ist auch die Anwendung der von Eichhoff eingeführten überfetteten Seifen unter Zusatz von Medikamenten sehr ratsam, besonders die überfettete Chininseife, Benzoëseife, Ichthyolseife, Salicylseife, Thiolseife, Schwefel-Kamphor-Perubalsamseife.

Wohl weiſs ich, daſs gerade diätetische Anordnungen sehr ungern befolgt werden und daſs der Arzt damit tauben Ohren predigt; denn gerade der Zwang, den sich Männer im Essen und besonders im Trinken auferlegen sollen, scheint vielen derselben das Leben wenig lebenswert zu machen. Schon eher wird der Ratschlag eines Arztes befolgt, wenn er noch so kostspielige Medikamente anrät. Nichtsdestoweniger macht eine früh auftretende Glatze in unserer leichtlebigen Zeit sehr bald den Verdacht rege, daſs ihr Besitzer zu wild gelebt und sich die Haare „wegamüsiert“ hat, obgleich derselbe allen, selbst diätetischen Anordnungen Folge geleistet hätte, wenn dieselben ihm nur zur rechten

Zeit gegeben worden wären. Im Interesse dieser Leute und zu ihrem Nutz und Frommen ist diese Arbeit geschrieben.

Wohl bin ich mir bewufst, die Vorgänge, die zur Alopecia praematura führen, nicht ganz geklärt zu haben, wenn ich auch hoffe, manche neue Gesichtspunkte gebracht zu haben, die geeignet sind, die bisher ziemlich dunklen Verhältnisse verständlicher zu machen. Zur vollständigen Aufhellung des Sachverhaltes bedarf es noch sehr eingehender pathologisch-anatomischer und mikrochemischer Untersuchungen; sollten durch diese Veröffentlichung solche angeregt werden und sollten dieselben die hier ausgesprochenen Vermutungen bestätigen, so wird sich darüber Niemand mehr freuen, als der Autor dieser Arbeit selber.

Nürnberg, am 11. Juni 1900.

Aus der Praxis.

Oleum terebinthinae rectific. bei Dermatomykosen, speziell bei Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans.

Von

Dr. Leonhard Leven-Elberfeld.

Die Verwendung des Terpentinöls in der dermatologischen Therapie ist bisher nur eine recht geringe gewesen; von der mir zugänglichen Litteratur habe ich nur eine kurze Notiz in Josephs Lehrbuch der Hautkrankheiten gefunden, welcher referierend beim Herpes tonsurans erwähnt, dafs „Saalfeld das zuerst von Lücke gebrauchte Einpinseln von Oleum terebinthinae rectific. als sehr wirksam empfiehlt.“ Es ist also kein vollständiges Novum, wenn ich die Benutzung des genannten Mittels in der dermatologischen Praxis empfehle, indefs ist mir eine energische Befürwortung bei den guten Resultaten, welche ich gesehen habe, und in anbetracht der Einfachheit des Mittels wie der Anwendung nützlich erschienen.

Diejenige Erkrankung, bei welcher ich das genannte Präparat zunächst häufiger versucht habe und bei welcher es meines Wissens noch nicht empfohlen worden ist, ist die Pityriasis versicolor. Bei dieser freilich recht unschuldigen, aber zuweilen doch die befallenen Individuen sehr genierenden Affektion erzielt man mit dem Terpentinöl weit bessere Erfolge als mit den anderen gebräuchlichen Mitteln. Ich lasse die befallenen

Partien einmal täglich fünf Minuten lang vermittelst eines Wattebausches oder eines Flanelllappens tüchtig abreiben; ist die Erkrankung über einen grofsen Teil der Hautdecke verbreitet, so lasse ich, um unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden, täglich nur einen mäfsig grofsen Rayon vornehmen.

Weit wichtiger ist die Rolle, welche dem Terpentinöl bei dem Herpes tonsurans zukommt, wie ja auch diese Erkrankung in ihren Folgen sehr viel schwerwiegender ist als die vorher erwähnte. Und hier ist es gerade diejenige Form des Herpes tonsurans, welche häufig zu den so schwierig zu heilenden Fällen von Sycosis parasitaria Veranlassung giebt, der Herpes tonsurans circumscriptus vesiculosus, welche nach meinen Beobachtungen der Beeinflussung einer energischen Terpentinanwendung am meisten zugänglich ist. Ich habe bisher das Oleum terebinthinae retific. ausschliefslich bei dieser Form angewendet, bei welcher sich, zumeist infolge einer Rasierinfektion, am Halse oder im Gesicht die bekannten Kreisfiguren mit erhabenem, bläschen- oder schüppchentragenden Rande vorfinden; immerhin erscheint der Versuch einer gleichen Behandlung bei den stark infiltrierten Formen einer ausgeprägten Sycosis parasitaria gleichfalls berechtigt, wenn man hier auch a priori bezüglich der Wirkung etwas pessimistischer denken kann.

Was die Anwendungsweise bei dem Herpes tonsurans betrifft, so bin ich in der Weise vorgegangen, dafs ich mit Oleum terebinthinae rectific. getränkte leinene Lappen, welche etwas gröfser genommen werden als der kreisförmige Erkrankungsherd, morgens und abends applizieren liefs. Je nach der Empfindlichkeit der Haut und dem Sitz der Affektion trat die Reaktion in kürzerer oder längerer Zeit auf, zumeist ist nach sechstägiger Anwendung eine ausreichend starke Einwirkung erzielt. Die Reizung der Applikationsstelle ist dann recht intensiv, die obersten Schichten der Epidermis sind abgestofsen, die ganze Partie näfst und ist recht empfindlich. Diese Empfindlichkeit, besonders beim Auflegen eines neuen Terpentinlappens, giebt für den Patienten selbst einen recht wünschenswerten Anhaltepunkt dafür, wann er mit der Terpentinapplikation aufzuhören hat. Ist die geschilderte volle Wirkung erzielt, so geht die Ausheilung der entzündlich gereizten Hautpartie in kurzer Zeit unter Anwendung irgend einer indifferenten Salbe vor sich, eine Narbenbildung bleibt nicht zurück. Rezidive habe ich in den von mir bisher behandelten Fällen nicht gesehen; man kann dieselben allerdings von vornherein nicht ganz ausschliefsen und müfste eventuellen Falles eine erneute energische Anwendung des Medikamentes versuchen.

Ich habe bisher, wie gesagt, diese Form des Herpes tonsurans mit Oleum terebinthinae rectific. behandelt; der Herpes tonsurans maculosus disseminatus heilt gewöhnlich viel leichter aus; bei ihm würde die Be-

handlung in ähnlicher Weise zu versuchen sein wie bei der Pityriasis versicolor.

Die Frage, ob sich die Terpentinbehandlung noch für andere, besonders für circumscripte Formen parasitärer Dermatosen eignet, würde durch weitere Versuche in geeigneten Fällen zu entscheiden sein; in dieser Hinsicht kämen vielleicht geeignete Fälle von Favus zunächst in Betracht.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 24. Oktober 1900.

(*The British Journal of Dermatology.* Dezember 1900.)

Abraham demonstriert einen Fall von **Lepra** bei einem Mädchen aus der Kapkolonie, das bei Ausbruch des Burenkrieges nach England kam. Die Patientin zeigt an den Armen erhabene, pigmentierte Stellen, welche von einem weniger pigmentierten Hof umgeben sind. Ähnliche Flecken finden sich an Unter- und Oberschenkeln. Seitdem die Patientin in Blackfriars Hospital mit Chaulmoograöl in möglichst grofsen Dosen behandelt wird, haben sich die Flecken verringert. Auch äufserlich wird das Chaulmoograöl in Salbenform appliziert.

Die Mutter der Patientin glaubt, dafs die Krankheit durch die Vaccination acquiriert worden sei.

Pernet möchte den Fall nicht als die makulo-anästhetische Form ansehen, da es sich bei den Läsionen nur um oberflächliche Infiltrationen handele. Redner demonstriert mikroskopische Präparate mit Bacillen. Mit Beziehung auf die kugeligen Zoogloëamassen habe Unna Recht, wenn er behaupte, dafs die Bacillen nicht intracellulär, sondern meist extracellulär lägen.

Abraham zeigt ferner einen **Fall von Monilethrix.** Der kleine Knabe hat von der Geburt an bis zum heutigen Tage nur sehr spärliches Haar gehabt. Als er in Blackfriars Hospital gebracht wurde, hatte er auf der Kopfhaut zahlreiche Pusteln, aufserdem wurde der Monilethrixzustand konstatiert. Unter der Behandlung hat sich die Folliculitis bedeutend gebessert. Ob es gelingen wird, die Monilethrix zu heilen, ist fraglich.

Pernet demonstriert ein Monilethrixpräparat und sagt, dafs wenn man solche Haare in Kanadabalsam bei schwacher Vergröfserung ansehe, einige ein spiraliges Geflecht zu haben scheinen, wie dies Schütz in seiner jüngsten Arbeit über einen Fall von Monilethrix (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 31, S. 475) abgebildet hat. Bei starker Vergröfserung jedoch sei dieses Geflecht nicht aufzufinden. Redner hält diese Erscheinung deshalb für eine blofse optische Täuschung. Von Interesse in Abrahams Fällen sei die Thatsache, dafs die Monilethrixhaare nach verschiedenen Richtungen hin wachsen.

Abraham demonstriert ferner ein 18jähriges Mädchen mit einer eigentümlichen Affektion der Lippen. Dieselben zeigten ein krustiges Aussehen und widerstanden längere Zeit hindurch jeder Therapie, bis Redner einige gewöhnliche Warzen im

Gesichte und an den Händen der Patientin wahrnahm und nunmehr die Diagnose auf **Warzen der Lippen** stellte. Die Applikation von Salicylsäure führte deutliche Besserung herbei.

Eddowes demonstriert unter anderen eine Frau mit einer seit 25 Jahren bestehenden **Psoriasis**, zu der sich vor drei Wochen eine **Syphilis** mit typischen Sekundärerscheinungen hinzugesellte. Im Beginn waren die Psoriasisplaques ganz typisch und vollkommen deutlich von den spezifischen Erscheinungen zu unterscheiden. Es war nun von grofsem Interesse zu beobachten, ob in den ersteren unter dem Einflusse der Syphilis Veränderungen Platz griffen. Man konnte bemerken, dafs die Psoriasisplaques weniger schuppten, dagegen ihre Ränder stärker infiltriert und erhabener erschienen. Merkur, innerlich verabreicht, führte ziemlich rasch Besserung nicht nur der spezifischen Hauterscheinungen, sondern auch der infiltrierten Psoriasisstellen herbei.

Stowers ist auf Grund seiner Beobachtungen in der Lage, die Ansicht Pernet zu bestätigen, dafs Syphilis andere Hautkrankheiten nicht modifiziere, sondern nur ihr eigentümliche Erscheinungen produziere. Er habe selbst schuppende und nicht schuppende Hautausschläge gleichzeitig in Blüthe gesehen, und es war dennoch leicht die Affektionen von einander zu unterscheiden.

Pernet demonstriert ein 15 Monate altes **Kind mit acquirierter Syphilis**. Die Mutter desselben zeigt keinerlei Anzeichen von Lues und giebt auch keine Anhaltspunkte, dafs sie eine solche durchgemacht habe. Das Kind wurde mit Hydrargyr. c. Creta g 1 dreimal täglich behandelt und zeigte schon nach den ersten Tagen wesentliche Besserung.

Stowers und Shilliote halten es nicht für ausgeschlossen, dafs es sich um Syphilis hereditaria tarda handeln könnte. *C. Berliner-Aachen.*

Gesellschaft der Charitéärzte.

In der Gesellschaft der Charitéärzte (23. Nov. 1900, nach *Berl. klin. Wochenschr.* 1900, No. 50) stellt Lesser zuerst eine 30jährige Patientin mit **Lupus erythematosus disseminatus** mit gleichzeitiger ödematöser Schwellung des Gesichtes vor, welche er mit grüner Seifenauftragung und nachfolgendem Auflegen von Emplastrum hydrargyri erfolgreich behandelt. Ferner zeigt Lesser zwei Fälle von **Lupus vulgaris**, an deren Hand er die Lupusbehandlung bespricht, mit besonderer Berücksichtigung der Finsenschen Lichtmethode, für welche er warm eintritt. Schliefslich zeigt Lesser drei Fälle von **Rheumatismus blennorrhoicus** bei weiblichen Individuen, deren jüngstes erst 10 Jahre alt ist, und spricht eingehend über diese nicht seltene Komplikation der Blennorrhoe. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Berliner medizinische Gesellschaft.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (14. Nov. 1900, nach *Berl. klin. Wochenschr.* 1900, No. 50) stellt Steiner eine Patientin mit **Elephantiasis der Unterschenkel** vor, welche sich seit vier Jahren ohne nachweisbare äufsere Ursache in kolossalster Weise entwickelt hat, sodafs Patientin seit Entstehen der Krankheit 53 Pfund zugenommen hat. Beigegebene Röntgenphotographien erläutern den Fall. Im Anschlufs daran stellt Lesser zwei Schwestern von 12 und 6 Jahren mit **Xeroderma pigmentosum** vor, welches dadurch interessant ist, dafs drei Cousinen der Patientinnen ebenfalls mit demselben Übel behaftet sind. Die Eltern beider Gruppen sind gesund. Therapeutisch empfiehlt sich die Abhaltung von Licht eventuell durch gelbe oder rote Schleier. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1900. Band 54, Heft 2 u. 3.

I. **Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern,** von P. H. Schoonheid-Wien. Als Untersuchungsmaterial dienten dem Verfasser elf Fälle aus dem Ambulatorium von Prof. Ehrmann und ein Fall aus der Klinik von Prof. Neumann. Sämtliche Patienten zeigten die verschiedenen Entwickelungsstadien des Lupus erythematodes. Zur histologischen Untersuchung wurden Hautstücke aus der Gesichts- resp. Bart-, Wangen- und Nasengegend, aus der Rücken-Nacken- und Stirngegend, in verschiedenen Flüssigkeiten, wie Alkohol, Formol, Müllerscher und Flemmingscher Lösung gehärtet, verwendet.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen das, was seit Geber auch andere Autoren nachgewiesen haben, nämlich „dafs der Krankheitsprozefs im Anfang entzündliche Erscheinungen im Stratum reticulare cutis zeigt. Der Beginn kann genauer lokalisiert werden, weil die perivaskuläre Infiltration zuerst an den subpapillären Gefäfsen anfängt und später an den papillären und tieferen Gefäfsen der Cutis und Subcutis fortschreitet. Schon im Anfang des Prozesses findet man eine Mitbeteiligung der Talg- und Schweifsdrüsen in den entzündlichen Erscheinungen und man konnte sogar mit Neumann und Miethke von einer gewissen Bevorzugung in dem Mitergriffensein jener Organe resp. ihrer Umgebung sprechen, doch kann dies nicht im Wesen des Prozesses liegen, da er auch auf die Schleimhaut übergreift. In späteren Stadien entsteht eine reaktive Wucherung des Bindegewebes mit einer diffusen Ausdehnung des anfänglich herdweisen Infiltrates. In diesen Stadien kommt es offenbar auch zu Veränderungen in den Epithelschichten, die zu einer schnelleren Verhornung ihrer oberflächlichen Schichten Veranlassung geben. Zum Schlufs der progressiven Veränderungen kommen typische Degenerationen an den elastischen Fasern. Diese Veränderungen sind es besonders, welche nach dem Befunde des Verfassers zu der narbenähnlichen Atrophie führen. Diese bleibt eine oberflächliche, weil die meisten Veränderungen der elastischen Fasern in den oberen Schichten der Cutis lokalisiert sind, und zeichnet sich von gewöhnlichen Narben nach Ulceration durch die geringe Entwickelung der sonst typischen Narbengewebe aus, weshalb sie, auch infolge einer geringeren Schrumpfung, weich bleibt. In diesem Stadium der regressiven Metamorphose (Geber) kommt es zur vollständigen Resorption der Entzündungsprodukte, ohne dafs es zum bedeutenden Schwund des Muttergewebes gelangt. Die vorliegenden pathologischen Vorgänge sind am meisten in Übereinstimmung mit denen einer chronischen Infektionsgeschwulst, wenn man auch von Beweisen hierfür heute kaum noch reden darf. In der letzten Zeit wird der Lupus erythematodes denn auch zu den chronischen Geschwülsten gezählt, so von Jadassohn und in derselben Weise äufserten sich neuerdings Robinson und White in der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft. Nach der Ansicht dieser beiden Autoren hat man es hier mit einem lokalen infektiösen Prozefs, mit einem Granuloma, zu thun. Das Gesamtbild des Lupus erythematodes hat nicht nur klinisch, sondern auch histologisch genug charakteristische Merkmale, um dieser Krankheit die besondere Stellung, die sie in der Hautpathologie eingenommen hat, behalten zu lassen."

II. **Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's „Naevi symmetriques de la face")**, von C. Prezioli-Wien. Nach einer kritischen Durchsicht der einschlägigen Litteratur beschreibt der Verfasser zwei Fälle. Der erste betraf ein 20jähriges Mädchen, dessen Gesichtsausschlag nach den Angaben der Mutter seit der frühesten Kindheit der Patientin bestehen soll. Die Nase, namentlich die Spitze und die seitlichen Partien, die angrenzenden Teile der Wangen, diese selbst bis fast zu den Ohren und das Kinn erscheinen dicht besät von zahlreichen runden oder ovalen, stecknadelkopf- bis kleinerbsengroßen Knötchen von gelblichroter Farbe, fester Konsistenz und ziemlich symmetrischer Anordnung auf beiden Gesichtshälften. Einige kleinere Efflorescenzen finden sich auch auf der Stirn und an der Oberlippe. Am stärksten befallen sind die Nase, die benachbarten Wangenteile, besonders die Nasolabialfalten. An diesen Stellen sind die Knötchen entweder in Gruppen oder Streifen angeordnet. Beim Einschneiden eines Knötchens entleert sich eine dickliche, weiße Masse, die als eingedicktes Sebum leicht zu erkennen ist. Sonst ist auf der Haut des Gesichts und des übrigen Körpers nichts Abnormes wahrzunehmen.

Die Knötchen wurden durch Elektrolyse zum Schwund gebracht.

Verfasser teilt im folgenden die Resultate der mikroskopischen Untersuchung mit. Die Knötchen erweisen sich histologisch als eine Ansammlung von hypertrophischen, jedoch sonst normalen Talgdrüsen und als eine Hypertrophie des Coriums mit einer geringen Erweiterung der Kapillaren.

Fall 2 zeigt ein ähnliches klinisches Aussehen wie der erste, histologisch jedoch manche wesentliche Unterschiede. Beiden Fällen ist die Vermehrung und Vergrößerung der Talgdrüsenacini gemeinsam, ferner der Zellenreichtum des Coriums; dagegen zeigt sich das letztere im ersten Falle hypertrophisch, im zweiten von normaler Beschaffenheit. Vielleicht ist dieser Unterschied nur ein gradueller. Eine wesentliche Differenz besteht jedoch im Verhalten der Schweißdrüsen, welche im ersten Falle normal, im zweiten deutlich hypertrophisch und vermehrt sind. Trotzdem ist Verfasser der Ansicht, daß beide Fälle in pathologisch-anatomischer Beziehung zusammengehören. Sie sind im Sinne von Hallopeau, Leredde, Jadassohn als Naevi aufzufassen, aber nicht wie Jadassohn es will, als Naevi sebacei, weil es sich in manchen Fällen, wie den vorliegenden, nicht um ausschließliche Veränderungen der Talgdrüsen handelt, sondern besser, weil nichts präjudizierend, als symmetrische Gesichtsnaevi. Hallopeaus erste Gruppe bilden dann diejenigen Gesichtsnaevi, welche ausschließlich oder vorwiegend in Veränderungen der Talgdrüsen bestehen. Von dieser Gruppe kann man zwei Untergruppen oder Typen unterscheiden, je nachdem es sich um reine Talgdrüsenhypertrophie oder um echte Adenombildung handelt.

III. Kasuistische Beiträge, von Robert Bernhardt.

1. **Resorption lupöser Produkte unter Pockeneinfluß.** Daß manche Hautaffektionen bei gleichzeitigem Auftreten akuter Infektionskrankheiten verschwinden können, ist eine bekannte Thatsache. Häufig jedoch, namentlich dort, wo tiefe Hautveränderungen bestehen, ist die Involution eine unvollständige, partielle, und nach einer gewissen Zeit wird, wie die Erfahrung lehrt, das Leiden rückfällig. L. Lublinski hat zwei Fälle vom Verschwinden des Lupus vulgaris unter dem Einflusse eines Typhus exanthematicus beschrieben. In beiden Fällen schienen die krankhaften Produkte vollständig verschwunden zu sein. Aber schon nach einigen Wochen begannen frische Lupusknötchen aufzutreten.

Verfasser beschreibt im folgenden einen Fall von Lupus vulgaris, der unter Pockeneinfluß eine recht bedeutende Involution durchmachte, sodaß von lupösen Veränderungen, welche das Gesicht des Patienten ganz entstellt hatten, nichts mehr zu sehen war. An der Stelle früherer Knötchen, Infiltrationen und Geschwüre des

Lupus befindet sich jetzt eine feine, blafsrote, leicht infiltrierte, glatte, trockene, etwas schuppende Narbe.

Es bot sich Gelegenheit, die unter dem Pockeneinfluſs hervorgebrachten Veränderungen zu studieren. Dem Verfasser standen zu diesem Zwecke vor Auftreten der Pocken und nach Ablauf derselben excidierte Hautstückchen zur Verfügung. Die Präparate wurden in Alkohol fixiert und in Paraffin eingebettet. Gefärbt wurden sie entweder mit Hämatoxylin allein oder mit Hämatoxylin und Eosin oder Hämatoxylin mit Aurantia. Zur Färbung der elastischen Fasern diente die Unna-Taenzersche Orceinlösung.

Die vor den Pocken erhaltenen Präparate ergaben das bekannte Bild einer gewöhnlichen lupösen Infiltration mit zahlreichen Langhansschen Riesenzellen. Die nach den abgelaufenen Pocken aus Hautstücken hergestellten Präparate zeigten eine fast unveränderte Epidermis, dagegen einen von den normalen Verhältnissen bedeutend abweichenden Bau des Coriums. Die Involution der lupösen Infiltrate erkennt man an den degenerierenden und zerfallenden Zellen, welche sich überall im Corium, am meisten um die kleinen, rundlichen, aus Zellen zusammengesetzten Herde vorfinden. Die Riesenzellen scheinen am raschesten zu zerfallen und resorbiert zu werden, da man sie nirgends mehr wahrnimmt.

Wie erklärt man sich den Prozeſs? Unter dem Einflusse der erhöhten Temperatur oder auch der spezifischen Wirkung des Pockengiftes, vielleicht auch durch beide Momente, kommt es zum Zerfall der Zellen. Die zerfallenen Massen werden dann durch die Lymphgefäſse resorbiert, wobei die im ganzen Corium, vorwiegend aber in der Umgebung der in Auflösung begriffenen Herde auftretenden Wanderzellen eine wichtige Rolle spielen. Nicht alle Zellen degenerieren. Einzelne Gruppen bleiben erhalten und erweisen sich durch die Anwesenheit epithelioider Zellen als tuberkulöse Herde, aus denen voraussichtlich früher oder später Lupusrezidive entstehen werden.

Thatsächlich zeigte der Patient etwa fünf Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhause zahlreiche Lupusknötchen und lupöse Geschwüre von derselben Lokalisation und Ausdehnung wie vor den Pocken.

2. **Ein Fall von Vorhauttuberkulose infolge ritueller Circumcision.** Am 14. März 1900 stellte sich auf Dr. Elsenbergs Abteilung für venerische und Hautkrankheiten ein 14jähriger Knabe mit einer Affektion an der Vorhaut und Eichel vor. Das Leiden begann im Anschluſs an die acht Tage nach der Geburt stattgehabte Circumcision, bei welcher der Operierende nach einer in Rufsland noch bestehenden Unsitte die Vorhautwunde mit seinen Lippen ausgesaugt hatte. Dr. Elsenberg, der damals konsultiert wurde, diagnostizierte Tuberkulose der Vorhaut. Drei Jahre später entwickelten sich beim Knaben Skropheln. Später vereiterten die rechtsseitigen Unterkieferdrüsen; sie wurden incidiert, die noch vorhandenen vergröſserten Drüsen exstirpiert. Ein Teil des tuberkulösen Vorhautgeschwürs wurde abgeschnitten, ein anderer ausgebrannt oder ausgeschabt und mit Perubalsam verbunden. Mit der Zeit wurde Vernarbung des Geschwürs erreicht.

Gegenwärtig zeigt der ganz vorzüglich aussehende, wohlgenährte Knabe in der rechten Hälfte der übriggebliebenen Vorhaut einzelne, hanfkerngroſse derbe Knötchen. Solche finden sich auch an der Eichel, besonders am Orificium externum, welches dadurch bedeutend verengt ist. Die Leisten-, Hals- und Submaxillardrüsen sind mehr oder weniger vergröſsert. Das Allgemeinbefinden des Knaben ist aber nie gestört gewesen. Derselbe hat sich gegenüber dem Tuberkelgift in hervorragender Weise widerstandsfähig gezeigt.

IV. **Über meine Methode der Behandlung des Syphiloms im Initialstadium**, von Leone Levi-Genua. Der Verfasser kauterisiert mit einer dünnen, hufeisenförmigen, durch eine elektrische Batterie weißglühend gemachten Platinplatte das ganze Syphilom samt den Rändern desselben und auch das zunächst gelegene scheinbar gesunde Gewebe. Zur Verminderung der Schmerzen wird 5—10 Minuten vor der Operation eine subcutane Kokaininjektion gemacht. Die Kauterisation wird so oft, als es die Widerstandsfähigkeit des Patienten gestattet, wiederholt, täglich auch 50 mal. Die geätzte Oberfläche wird nach Waschung der Wunde mit reinem, sterilisiertem Wasser (keiner antiseptischen Lösung) mit einer trockenen Lage von Harz und hydrophiler Baumwolle bedeckt. Die Kauterisationen werden während ein bis zwei Monaten und so lange fortgesetzt, bis eine sehr akute Entzündung auftritt; es schwillt die geätzte Stelle stark an, erscheint ödematös, warm, rot und wird schmerzhaft. Hierauf sistiert man die galvanokaustischen Ätzungen. Die Entzündung dauert 1—3 Tage, und es erfolgt dann spontan Lösung und Heilung der Läsion.

Im allgemeinen lassen die Patienten die Kauterisationen gern über sich ergehen, weil sie sich nach denselben stets wohlbefinden.

Eine günstige Einwirkung der Kur auf die infiltrierten benachbarten Lymphdrüsen kann man erzielen, wenn mit den Ätzungen möglichst bald nach dem Auftreten des Syphiloms begonnen wird.

Verfasser hat seine Methode, die er übrigens schon in früheren Arbeiten wiederholt empfohlen hat, bei 32 Patienten angewandt und in allen Fällen einen guten Erfolg erzielt.

(NB. Worin dieser Erfolg besteht, wird mangels statistischer Angaben nicht ausführlich genug beschrieben. So dürfte diese sehr umständliche Methode auch nach der vorliegenden Publikation nicht populär werden. Ref.)

V. **Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe; insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Prozessen** (Schluß der Arbeit: „Zur Histologie des Rhinoskleroms"), von Th. v. Marschalkó-Klausenburg. Der Verfasser zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1. Die Plasmazellen haben auch beim Rhinoskleromgewebe dieselbe Rolle und Bedeutung wie bei anderen pathologischen Prozessen. Sie nehmen keinen Anteil an dem Aufbau des spezifischen skleromatösen Gewebes, und nur das nicht spezifische entzündliche Zellinfiltrat wird hauptsächlich von ihnen besorgt. Ein großer Teil von ihnen geht auch beim Rhinoskleromgewebe infolge einer regressiven Metamorphose zu Grunde, wenn es auch wahrscheinlich erscheint, daß ein Teil sich progressiv fortentwickelnd an dem Aufbau des beim Rhinosklerom besonders hochgradigen neugebildeten Bindegewebes sich beteiligt.

2. Die unter dem Namen „hyaline" oder „kolloide" Zellen beschriebenen Formelemente des Rhinoskleroms sind nichts anderes als Plasmazellen, die eine eigentümliche, bei unseren heutigen Kenntnissen als hyaline Degeneration zu bezeichnende Veränderung ihres Protoplasmas eingehen. Der Zellleib wird nämlich größer und es treten im Protoplasma ganz scharf konturierte und stark lichtbrechende, zuerst sehr kleine Kügelchen auf, die das ganze Innere der Zelle ausfüllen, sodaß vom Protoplasma nur mehr ein sehr feines spongiöses Gerüst zwischen den Kugeln übrig bleibt. Dann verschmelzen die einzelnen kleinen Kügelchen zu größeren Kugeln von ganz runder, hier und da ovaler Form, die ebenfalls sehr stark lichtbrechend und scharf konturiert sind. Endlich springt die Zellmembran und die Kugeln werden frei. Der Zellkern ist im Anfang ganz wohl erhalten, später degeneriert er, indem derselbe durch das fortschreitende Wachstum der Kugeln entweder an die Zellwand geschoben

oder in der Mitte der Zelle die verschiedensten Formveränderungen erleidet, abgeplattet, biskuit- oder sichelförmig eingebuchtet etc. erscheint; endlich wird er zerbröckelt und geht zu Grunde. Aber selbst in späten Stadien kann man noch neben den freigewordenen Kugeln oder zwischen ihnen hier und da Reste des Zellkernes erkennen. Sowohl für die kleinsten Kügelchen wie für die gröfseren Kugeln ist charakteristisch, dafs sie eine ausgesprochene Acidophilie, eine starke Affinität zu sauren Anilinfarbstoffen zeigen, durch sie sehr elektiv gefärbt werden und aus einem Gemisch von basischen und sauren Farbstoffen stets die letzteren annehmen. Von der Apáthyschen Pikrorubinlösung nehmen sie hauptsächlich das Ammoniumpikrat an und färben sich in meinen Präparaten intensiv gelb, mit einem Stich ins Orange.

3. War es demgemäfs bereits a priori anzunehmen, dafs die im früheren Punkt angeführten Gebilde, sowohl hyaline Zellen, wie auch freistehende hyaline Kugeln, die übrigens auch niemals Rhinosklerombakterien enthalten, keine spezifischen Elemente des Rhinoskleromgewebes bilden, so hat diese Annahme durch meine auch bei anderen pathologischen Geweben fortgesetzten Untersuchungen eine volle Bestätigung erfahren, indem ich ganz dieselben hyalin degenerierten Plasmazellen und freistehenden, hyalinen Kugeln bisher in syphilitischen Sklerosen, Carcinomen, Sarkomen und in einem Falle von Ulcus ventriculi chronicum, und zwar manchmal in grofser Anzahl nachweisen konnte.

4. Die unter dem Namen Russelsche oder Fuchsinkörperchen beschriebenen Formelemente, sowohl im Rhinoskleromgewebe, wie auch bei Carcinomen und Sarkomen sind also nichts anderes als solche freigewordene hyaline Kugeln, also keinesfalls Parasiten, sondern einfache Zelldegenerationsprodukte.

5. Meine bisherigen Untersuchungen sprechen aber mit grofser Wahrscheinlichkeit dafür, dafs die unter dem Namen der Russelschen oder Fuchsinkörperchen bei den verschiedensten pathologischen Prozessen beschriebenen Formelemente überall identische Gebilde darstellen; identisch sowohl morphologisch wie tinktoriell, sowie auch bezüglich ihrer Genese und Bedeutung, da ich bisher überall, wo ich Russelsche Körperchen, i. e. freistehende, hyaline Kugeln fand, auch die Mutterzellen derselben, die hyalin degenerierten Plasmazellen nachweisen, und das Hervorgehen der ersteren aus den letzteren verfolgen konnte. Ich mufs nichtsdestoweniger bekennen, dafs zur endlichen Lösung dieser Frage alle diejenigen pathologischen Prozesse in die Untersuchungen einbezogen werden müssen, in welchen Russelsche Körperchen überhaupt beschrieben worden sind.

6. Ob die unter dem Namen Russelsche Körperchen in ganz normalen Organen beschriebenen Elemente mit den früheren identische Gebilde vorstellen, konnte ich nicht in den Rahmen meiner Untersuchungen einbeziehen; diese Frage mufs durch weitere Untersuchungen entschieden werden.

7. Ebenso konnte ich meine Untersuchungen nicht auf jene Frage ausdehnen, inwieweit die von Török, Tommasoli, Unna u. a. in den Epithelzellen von Carcinomen beschriebenen kolloiden oder hyalinen Einschlüsse ebenfalls hierher zu rechnen sind. Das bleibt gleichfalls weiteren Untersuchungen vorbehalten.

8. Die spezifischen Elemente des Rhinoskleroms bilden also aufser den Rhinosklerombakterien nur die Mikuliczschen Zellen.

In einem Nachtrag nimmt Verfasser Stellung zu der Arbeit von Ivannovics „Über das Vorkommen, die Bedeutung und Herkunft der Unnaschen Plasmazellen bei verschiedenen pathologischen Prozessen." Er glaubt, „dafs Ivannovics der ganzen Plasmazellenlehre keinen guten Dienst geleistet, indem seine Arbeit in hohem Mafse geeignet sei, neue Mifsverständnisse hervorzurufen und den so schön begonnenen und

beinahe zu Ende geführten Klärungsprozefs in der Plasmazellenlehre wiederum auf lange Zeit hinauszuschieben."

VI. **Einige Bemerkungen zu JORDANs Aufsatz über Syphilisbehandlung mit Merkuriol**, von G. ÅHMAN-Gothenburg. Verfasser will mit den vorliegenden Bemerkungen zeigen, auf welche „losen Gründe und welch' unwissenschaftliches Raisainnement" JORDAN sein Urteil über die Wirkung der Merkuriolbehandlung basiert habe. (NB. Wir empfehlen dem Herrn Kollegen im Norden etwas mehr Kaltblut zu bewahren. Repliken verfehlen ihren Eindruck nicht und treffen ihr Ziel weit sicherer, wenn sie streng sachlich gehalten sind und auch in der Form nach keiner Richtung hin Anstofs erregen. Ref.)

VII. **Über Ichthyosis congenita**, von E. RIECKE-Leipzig. Der Verfasser giebt eine ausführliche Beschreibung zweier im pathologischen Institute zu Leipzig durch 30 bezw. 20 Jahre in Spiritus konservierten Foeten, welche das Bild der Ichthyosis congenita darbieten. An der Hand seiner eigenen und der in der Litteratur publizierten Fälle gelangt Verfasser zum Schlufs, „dafs die Ichthyosis congenita eine selbständige Entwickelungsanomalie der Haut mit konsekutiven Veränderungen gewisser Gesichtsteile darstellt, eine Anomalie, die insbesondere mit den Formen vulgärer Ichthyosis nicht konfundiert werden darf. Der Krankheitsprozefs erweist sich vom klinischen Standpunkte als eine abnorm starke Bildung und Anhäufung der äufseren Hornschichte, die durch ihren festen Zusammenhang für die Cutis und die unterliegenden Organe ein Wachstumshemmnis bildet, welches teilweise durch Sprengung des Hornpanzers überwunden wird, teilweise aber zur dauernden Entwickelungshemmung der Lider, Lippen, Nase und Ohren führt. Sowohl der Umstand, dafs die meisten Foeten mit stärkerer Ichthyosis frühgeboren werden und unter den normalen Körpermafsen eines ausgetragenen Kindes stehen, als auch das ganze Bild des zersprengten Hornpanzers mit der Deformation des Gesichtes weisen darauf hin, dafs der Prozefs schon früh in utero beginnt. Für eine zweite Gruppe von Fällen, die nur eine mildere Form der ersten bildet, wird man ebenfalls intrauterine Entwickelung annehmen müssen, während die mildesten, zur dritten Gruppe gehörigen Krankheitsformen dieser Art sich erst post partum in den ersten Lebensmonaten bis zu einer bestimmten Intensität ausbilden, in welcher sie dann persistieren."

Was die histologische Untersuchung der von den beiden Föten entnommenen Hautstückchen betrifft, so konnte Verfasser in Übereinstimmung mit der Mehrzahl früherer Forscher konstatieren, dafs die wesentlichsten Veränderungen die epithelialen Teile der Haut erleiden, während die der bindegewebigen mehr oder minder von nebensächlicher Bedeutung sind.

Aus den ausführlich beschriebenen Befunden ergiebt sich, „dafs der pathologische Vorgang, ähnlich wie bei der gewöhnlichen Ichthyosis auf einer übermäfsigen Bildung und Anhäufung von Hornzellen besteht. Als besonders charakteristisch für die Ichthyosis congenita ist die enorm starke Verhornung in den Haartrichtern anzusehen, welche zusammen mit dem embryonalen Haardurchbruch die auffallende Struktur der Hornschilder bedingt. Die fast in den Grenzen der Norm sich haltende Entwickelung des Rete Malpighi und der Körnerschichte scheint einen relativ geringen Einfluls des Prozesses auf die Formation der Papillen gegenüber ähnlichen Prozessen anzudeuten.

Bei keinem anderen Prozesse findet sich in gleicher Weise die vom Verfasser beschriebene Veränderung und Abschnürung von Cutisteilen. Dieselbe ist deshalb als nur der Ichthyosis congenita eigentümlich anzusehen.

Ein Ichthyosis congenita unterscheidet sich somit sowohl histologisch, wie klinisch von allen bekannten Hyperkeratosen."

VIII. **Über die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen.** Ein statistischer Beitrag von ARTHUR JORDAN-Moskau. Im I. Stadthospital zu Moskau wurden in dem Zeitraume von 1894—1899 2357 stationäre Fälle von Ulcera mollia behandelt, von denen 636 = 26,5% Bubonen im Gefolge hatten. PETERSEN konstatiert für das Alexanderhospital zu Petersburg bei Männern 32%, GAY in Kasan 36,6 bis 59,6% und TSCHERNOGUBOW in Moskau am Mjassnitzki-Hospital in der Zeit von 1886 bis 1891 34,9%.

Während im allgemeinen die Angaben der Autoren über die Häufigkeit der Bubonen bedeutend differieren, stimmen alle darin überein, dafs die Bubonen auf der linken Seite häufiger als auf der rechten, und am seltensten beiderseits auftreten. Die Bevorzugung der linken Leistengegend beruht auf anatomischen Verhältnissen, denn von den zwei Lymphgefäfsnetzen, welche vom Gliede zu den Leisten ziehen, verteilt sich nur das oberflächlich gelegene in gleicher Weise nach beiden Seiten, das in der Tiefe gelagerte wendet sich zur linken Seite.

Die Lokalisation der weichen Schanker hat nur wenig Einfluſs auf das Zustandekommen der Bubonen. Höchstens kann man zugeben, dafs die am Frenulum sitzenden Ulcera mollia sich häufiger mit Bubonen vergesellschaften.

Der Jahreszeit möchte Verfasser einen Einfluſs auf die Entwickelung der Bubonen nicht zuschreiben. *C. Berliner-Aachen.*

Lepra.

Band I, Heft 3.

Über Züchtungsversuche des Leprabacillus und über sogenanntes „Leprin“, von W. SCHOLTZ und V. KLINGMÜLLER. Weder die Züchtung des Leprabacillus noch die Herstellung eines dem Tuberkulin analogen Stoffes („Leprin“) ist den Verfassern gelungen, wie aus den folgenden Schlufssätzen erhellt:

1. Alle bisher in der Litteratur aufgeführten Berichte über gelungene Kultivierung des Leprabacillus sind unserer Meinung nach nicht einwandsfrei.

2. Die dabei aus Leprafällen isolierten Bacillen stehen höchstwahrscheinlich mit dem Leprapro zesse in keinerlei Zusammenhang.

3. Uns selbst ist nie gelungen aus Leprafällen einen Mikroorganismus zu isolieren, der als Leprabacillus hätte angesprochen werden können.

4. Es ist uns nicht gelungen, weder mit Glycerin, bei Zimmer-, Brut- und höheren Temperaturen, noch mit Wasser bei 90—96° (nach der Methode von MARAGLIANO) aus massenhaft Leprabacillen enthaltenden frischen wie alten Lepromen eine Substanz zu extrahieren, welche bei Leprösen ähnliche Reaktionen, wie das Tuberkulin bei Phtisikern hervorgerufen hätte.

Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica, von OSKAR WOIT. (Fortsetzung.) Die nicht zum Abschlusse gebrachte Arbeit kann des Zusammenhanges wegen erst nach Eingang des Schlusses besprochen werden. *I. Bloch-Berlin.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1900. Heft 12.

Riesenzellen und Epitheliom, von CH. AUDRY-Toulouse. Riesenzellen sind kein seltenes Vorkommen beim Epitheliom. Man findet sie entweder, wenn die Neubildung sich parallel mit oder im Anschluſs an tuberkulöse Veränderungen — z. B. beim Lupus epitheliomatosus — entwickelt; oder sie treten unabhängig von aller

Tuberkulose in der Nachbarschaft von Epitheliomen auf, oder sie erscheinen endlich innerhalb des Tumors selber. Von letzterer Form handelt dieser kleine Aufsatz.

Dieses Vorkommen von Riesenzellen, auf das von deutscher Seite zuerst aufmerksam gemacht wurde, hat A. bislang nur beim Epitheliom des Rete Malpighii beobachtet. Zu seinen früheren Veröffentlichungen teilt er in der vorliegenden Abhandlung zwei weitere Fälle mit und giebt einen ausführlichen histologischen Befund. Beide Male handelte es sich um ein gewöhnliches Epithelioma des Rete Malpighii, auffallend war nur der Reichtum an verhornten Kügelchen (Globes cornés). Die Riesenzellen fanden sich in einzelnen Schnitten aufserordentlich häufig; ausnahmsweise sah man sie auch einmal am Rande der Geschwulst. Wahrscheinlich stammen diese Riesenzellen von degenerierten epitheliomatösen Zellen ab; die weifsen Blutkörperchen stehen in keiner ursächlichen Beziehung zu ihnen.

Über die Trichophytiasis des Bartes, von E. Bodin-Rennes. Entgegen der Behauptung Sabourauds „dafs die Sykosis immer einen Trichophyton tierischer Abstammung zum Urheber habe, konnte B. innerhalb vier Jahren fünf Fälle sammeln, bei denen der Parasit derselbe war, wie bei der Trichophytiasis der Kinder. Warum dieses kindliche Trichophyton, das im allgemeinen in den Haaren des Erwachsenen nicht gedeiht, in diesen Fällen dennoch hier seinen Nährboden fand, vermag Verfasser nicht anzugeben. Klinik und Mikroskop erwiesen aber, dafs es sich in den fünf Fällen wirklich um den Parasiten der kindlichen Trichophytiasis handele. Die Behauptung Sabourauds, dafs das menschliche Trichophyton immer endothrix sei, traf bei B's. Beobachtungen zu, indem die Sporen nur innerhalb des Haares vorkamen. Der Charakter der erkrankten Haare ist derselbe wie bei denen der kindlichen Trichophytiasis. Die Erkrankung ist eine oberflächliche, die Prognose daher eine günstige, die Heilung erfolgte leicht unter Anwendung von Schwefelsalbe oder odtinktur. Bei der vom Trichophyton animale herstammenden Sykosis ist das Verhalten bekanntlich ein gegenteiliges.

Über einen Fall von phthiriatischer Melanodermie mit Kachexie und Verfärbung der Mundschleimhaut, von P. Chatin-Lyon. Zu den bereits veröffentlichten Fällen von sogenannter Pseudobronzekrankheit fügt Ch. einen weiteren hinzu, bei dem alle Symptome des Morbus Addisonii — die Braunfärbung der Haut, schieferfarbene Flecke auf der Mundschleimhaut, grofse Schwäche des Patienten, Verdacht auf Phthise u. s. w. — vorhanden waren und bei dem nur geringe Abweichungen in der Verfärbung sowie die Anwesenheit zahlreicher Läuse zur Vorsicht mahnten. In der That erholte sich der 78jährige Kranke bei geeigneter Pflege auch wieder und verliefs nach drei Monaten geheilt das Krankenhaus. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1900. Heft 11.

Ein Fall von Vereinigung der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose bei einem Individuum, von Brousse und Ardin-Delteil (Montpellier). Die 16jährige, anscheinend erblich nicht belastete Patientin, bekam im vierten Lebensjahre zuerst auf der rechten grofsen Zehe einen kleinen Knoten, der sich rasch vergröfserte, entzündete und ein kleines Knochenstückchen ausstiefs. Mit dieser Spina ventosa und von ihr aus begann, unterstützt durch starke Unreinlichkeit, eine allmählich fortschreitende Tuberkulisation der ganzen Haut. Auf der rechten Extremität, die infolge häufiger Lymphangitis stark anschwoll, entwickelte sich eine verruköse Tuberkulose; auf dem Sternum und am Hals kam es zur Bildung von skrofulo-tuberkulösen Gummata und im Gesicht entstand ein wirklicher Lupus. Dafs es sich wirklich um Tuber-

kulose handelte, wurde von den Verfassern klinisch und mikroskopisch nachgewiesen. Patientin hatte, als sie in Behandlung kam, noch nicht menstruiert, sie war stark abgemagert und anämisch, war aber durch ihr Leiden wenig belästigt, selbst im Gehen nicht behindert und hatte normalen Appetit. So ertrug sie denn die mehrmonatliche Behandlung ganz gut und konnte wesentlich gebessert und mit beträchtlicher Gewichtszunahme entlassen werden. Verfasser legen besonderes Gewicht darauf, dafs in diesem Fall die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose sich bei einem und demselben Patienten vereinigt fanden, ein Umstand, durch den die ätiologische Einheit dieser Formen erwiesen wird.

Über einige Einzelheiten im Bau des syphilitischen Hodens, von Ch. Audry-Toulouse. A. hatte Gelegenheit, einen vom Lebenden entfernten syphilitischen Hoden mikroskopisch zu untersuchen. Dabei stiefs er auf zwei noch wenig bekannte histologische Veränderungen.

Er fand nämlich in seinen Schnitten nur wenige Gummata, dagegen zahlreiche nekrotische Herde, wie sie schon von Unna beschrieben sind, die rein mechanisch durch die hochgradige Obliteration der Gefäfse kommen und für deren Ätiologie man des syphilitischen Giftes entraten kann.

Aufserdem erschien A. noch ein zweiter Befund bemerkenswert. Zwischen von Osmium gebräunten Bälkchen, die er für Samenkanälchen anspricht, sah er grofse, kugelige, zart umränderte Zellen mit einem fein gekörnten, hellen Inhalt und einem anscheinend atrophierenden Kern. In diesen Gebilden erblickt A. die degenerierenden Epithelzellen der Samenkanälchen. Den ganzen Vorgang hält er für eine degenerative Atrophie, die unabhängig von der eigentlichen Syphilis sich abwickelt und eine parasyphilitische Veränderung im Verlauf einer Syphilis darstellt.

Türkheim-Hamburg.

The British Journal of Dermatology.

Band XII. Dezember 1900.

I. **Lichen planus, seine Variationen, Beziehungen und Imitationen,** von H. R. Crocker. Vortragender glaubt, dafs die Zeit gekommen sei, mit veralteten und überflüssigen Bezeichnungen, die wir lediglich der Autorität Hebras zu Liebe beibehalten haben, zu brechen. So sei es durchaus nicht notwendig beim Lichen planus und Lichen acuminatus an dem Adjektivum „ruber" festzuhalten, da diese Farbe weder ein auffallendes, noch unterscheidendes, noch auch konstantes Merkmal der beiden Affektionen sei.

Der Entwickelung der typischen Papel des Lichen planus widmet der Vortragende eine eingehende Besprechung und zeigt andererseits, wie sehr die Diagnose erschwert werde in Fällen, bei denen die Lichenpapeln entweder nach der Form und Gestalt oder nach der Farbe hin Abweichungen vom typischen Bilde aufweisen. So gebe es Fälle von Lichen planus mit flachen, konvexen, konischen, zugespitzten, mit runden, ovalen, eckigen Papeln von violetter, weifser, roter, rosaroter Farbe. Weifse Papeln von Lichen planus treten z. B. bei gefärbten Rassen auf. Ferner finden sich Varietäten in der Anordnung; die Papeln sind einzeln, in Gruppen, Linien, Streifen angeordnet. Morris, Pringle, Galloway haben Fälle von sogenanntem Lichen planus striatus beobachtet.

Obwohl der Lichen planus wesentlich eine trockene Entzündung der Haut ist, so tritt dennoch in Ausnahmefällen Blasenbildung als Komplikation hinzu. Die Mehrzahl derartiger Patienten hat längere Zeit hindurch innerlich Arsenik genommen und es bleibt fraglich, inwieweit dieses Medikament an der Blasenbildung schuld ist.

Die Folgeerscheinungen des Lichen planus sind für gewöhnlich sepiabraune Verfärbung der Haut und oberflächliche, atrophische Vertiefungen an den Stellen, wo Papeln gesessen haben. Auch hier finden sich in einzelnen Fällen Abweichungen vom typischen Bilde, die zu neuen Bezeichnungen Anlafs gegeben haben. So beschreiben Kaposi, Brault, Hallopeau und Darier Fälle von sogenanntem Lichen planus sclerosus, bei dem die Atrophie tiefer greift, und die Narben nicht transitorischer Natur sind, sondern persistieren.

Der Vortragende widmet sodann der Pathologie des Lichen planus einige Worte. Dafs eine stark herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Nervensystems in vielen Fällen einen prädisponierenden Faktor für die Entstehung der Affektion abgeben mag, ist zweifellos, aber sie erklärt nicht alle Fälle, insbesondere diejenigen nicht, in denen die Anamnese keine Anhaltspunkte für einen nervösen Zustand oder nervöse Belastung der Patientin bietet.

Was die Beziehung des Lichen planus zum Lichen acuminatus betrifft, so glaubt Redner, dafs Kaposis Lichen acuminatus, Devergies Pityriasis rubra pilaris und wenigstens einige Fälle von Hebras Lichen ruber eine und dieselbe Krankheit bedeuten.

Vom Lichen ruber acuminatus neuroticus, den Unna als eine dem Hebraschen Lichen ruber identische klinische Form beschrieben hat, glaubt Redner, dafs sicher eine Reihe von Hebras Fällen dieser Beschreibung nicht entsprechen, ob es die anderen thun, vermag Vortragender nach seinen Erfahrungen nicht zu sagen.

Die von Unna, Santi und Pollitzer beschriebene „Parakeratosis variegata", welche Besnier, Jamieson u. a. als eine ungewöhnliche Form des Lichen planus ansehen, zeigt bei manchen Ähnlichkeiten mit dem letzteren doch auch wiederum hinreichende Verschiedenheiten, welche die Aufstellung einer besonderen zwar zur Lichenfamilie gehörigen, aber doch eine besonderes Epitheton erheischenden Form notwendig machen. Redner schlägt für dieselbe die Bezeichnung „Lichen variegatus" vor.

Mit einer kurzen Besprechung des in der Kindheit, wenn auch im Alter unter drei Jahren nur selten auftretenden Lichen planus infantum schliefst der Redner seinen interessanten Vortrag.

Diskussion: H. G. Brooke-Manchester hat in dem von ihm beobachteten Fällen keinerlei Anzeichen einer vorangegangenen bemerkenswerten, nervösen Depression gesehen. Gleichwohl unterliege es keinem Zweifel, dafs bei der Krankheit das Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen werde. Er neige dazu, einen toxischen, auf die Nerven wirkenden Einfluss anzunehmen. Wie aber bei der Syphilis das spezifische Agens die mannigfaltigsten Erscheinungen auf der Haut hervorrufe, ohne dafs man besondere Formen der Syphilis unterscheide, so sollte man auch beim Lichen planus nicht allzu ängstlich aus jeder vom gewöhnlichen Typus abweichenden Manifestation eine Form konstruieren und dieselbe mit einem neuen Namen belegen.

Whitfield glaubt nach seinen Erfahrungen, dafs die Kälte eine gewisse ätiologische Rolle bei der Entstehung des Lichen planus spiele. Er erinnere sich eines gesunden jungen Mannes, der bei Regenwetter eiligst heimritt und in Schweifs gebadet sein Haus erreichte. Er wechselte seine Kleider nicht, und in derselben Nacht kam der Lichen planus zum Ausbruch. Die Beobachtung zweier anderer Fälle unterstützte diese Annahme.

M. Morris wünscht ebenfalls das Epitheton „ruber", weil verwirrend, aus der Bezeichnung des Lichen planus ausgemerzt zu sehen.

Die Streifenbildung bei der Affektion sei kein genügend unterscheidendes Merkmal, um einen besonderen Typus der Krankheit aufzustellen, wie Wickham es will.

Die Streifen fänden sich auch in vielen anderen Typen und seien durchaus nicht für einzelne pathognomisch. Ebenso halte er die Dellenbildung bei der Lichen planus-Papel nicht für hinreichend charakteristisch, um aus ihr die Diagnose des Lichen planus zu stellen. Er habe letzteres in einigen Fällen gethan, die sich später als Ekzem ungewöhnlicher Art entpuppt haben.

Von pathologischem Interesse seien vereinzelte Fälle, bei denen sich die Lichenpapeln zu ganz kleinen Keloiden entwickelt haben. Dieselben widerstehen hartnäckig der Behandlung.

Die Pityriasis rubra pilaris halte er für einen Haupttypus dieser Gruppe von Krankheiten. Nachdem aber die Führer der Wiener und französischen Schule in Budapest den Lichen ruber acuminatus und die Pityriasis rubra pilaris für eine und dieselbe Affektion erklärt haben, sei es unnötig, sich wegen unterscheidender Merkmale beider Typen noch den Kopf zu zerbrechen.

Für den zweiten Haupttypus sehe er den Lichen planus mit seinen zahlreichen Varietäten an. Als dritter hierhergehöriger Typus möge Unnas Parakeratosis variegata gelten, die er nicht für Lichen planus noch für eine diesem nahestehende Affektion halte. Bei den von ihm beobachteten Fällen habe er keine bestimmte Diagnose stellen können.

Was die Behandlung des Lichen planus betrifft, so hält Redner in den frischen, schweren Fällen Arsenik für schädlich, dagegen von dem größtmöglichen Nutzen die Verordnung von Hydrargyrum bijodatum in anfänglich sehr kleinen, später gradatim zu verstärkenden Dosen. Äußerlich sollten im Beginn nur einfache, wenn möglich hoch temperierte Bäder zur Anwendung kommen; ist die Krankheit in das chronische Stadium getreten, so wird man mit Nutzen den Schwefel, besonders in der Form der Schwefelbäder anwenden. Ferner wird die Einfettung der erkrankten Partien mit Olivenöl oder schwachem Karbolöl viel zur Linderung des Juckreizes beitragen.

Sequeira beobachtete eine 52jährige Frau mit Lichen planus und gleichzeitiger Blasenbildung. Arsenik hatte die Patientin mit Bestimmtheit nicht genommen. Ferner weiß Redner von einem Falle von lineärem Lichen planus bei einem sechsjährigen Knaben zu berichten.

Pringle hat drei Fälle von Lichen planus annularis gesehen, bei welchem die über den ganzen Körper zerstreuten Efflorescenzen eine annuläre Gestalt aufwiesen.

In ätiologischer Beziehung verfüge er über eine Reihe von Fällen, bei welchen ein enger Zusammenhang der Krankheit mit Störungen des Nervensystems nachweisbar war. Bekannt sei in dieser Hinsicht auch die Hartnäckigkeit des lokalisierten Lichen planus bei Neurasthenikern.

Abgesehen vom Lichen planus in Verbindung mit Blasenbildung habe er auch Fälle beobachtet, bei denen derselbe mit Herpes zoster sich vergesellschaftet habe.

Was die Therapie betrifft, so glaube er an eine gute Wirkung des Antipyrins. In dem vom Redner heute vorgestellten Falle von Lichen hypertrophicus litt die Patientin an heftigen Juckparoxysmen. Schon zwei Tage nach Beginn der Antipyrinbehandlung hörte das Jucken auf. Der Ausschlag besserte sich in den folgenden Tagen zusehends.

Stowers beschreibt an der Hand von Abbildungen einen Fall von Lichen planus bei einer Frau, bei der tiefgehende, psychische Depression die veranlassende Ursache zum Ausbruche der Hautkrankheit abgegeben hat.

Osmond berichtet über einen typischen Fall von Lichen planus bei einem Manne, dessen Mutter und zwei Geschwister ebenfalls an der Krankheit gelitten hatten.

Mac Leod macht einige Bemerkungen zur Histologie des Lichen planus. In allen Fällen, welche zum Typus desselben gehören, finde man in der Initialläsion eine vorwiegend auf die Papillenschicht beschränkte Infiltration von zumeist Bindegewebszellen. In geringer Zahl seien Blutzellen und Plasmazellen vorhanden. Das Stratum granulosum weise zwar auch mehr oder minder starke Veränderungen auf, aber diese seien sekundärer Natur und bildeten kein differentialdiagnostisches Merkmal.

An der Diskussion beteiligen sich ferner, mehr oder weniger die Bemerkungen der Vorredner bestätigend oder widerlegend, die Doktoren Bunch, G. Little, Waldo, Galloway, Freeman, Stopforel Taylor und Colcott Fox. Letzterer glaubt mit Malcolm Morris, daſs der Lichen planus häufiger in der wohlhabenderen als ärmeren Klasse vorkomme. Lichen planus der Mundschleimhaut habe er in mehreren Fällen, wenn auch nicht so oft wie ein französischer Autor beobachtet. Möglich jedoch sei es, daſs, weil die Affektion im Munde kein Jucken verursache, sie hier der Wahrnehmung der Patienten wie des Arztes entgehe, somit in Wirklichkeit doch nicht so selten sei, als man für gewöhnlich annehme.

Crocker schlieſst die anregende, das Thema nach jeder Richtung hin erschöpfende Debatte über den Lichen planus. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 18. Dezember 1900.

I. **Über eine ungewöhnliche Anomalie der Blase**, von Eugen Fuller-New York. Abgesehen von Ectopia vesicae und Offenbleiben des Urachus sind angeborene Anomalien der Blase überhaupt selten. Bei einer sehr geringen Anzahl von Fällen hat man eine vollständige oder partielle mediane Teilung der Blase in zwei laterale, gesonderte Abteilungen oder Kammern beobachtet. Eine bisher in der Litteratur noch nicht beschriebene Anomalie ist die nahezu komplete Querteilung der Blase in eine vordere und hintere Kammer. Verfasser hat Gelegenheit gehabt zwei derartige Fälle zu sehen und klinische Studien über dieselben zu machen. In beiden Fällen war die vordere Kammer klein, von geringer Kapazität, mit rigiden Wänden versehen, während die hintere geräumig, dehnbar war und der Beschaffenheit der natürlichen Blase sehr nahe kam. Die beiden Kammern standen im ersten Falle durch eine engere Öffnung mit einander in Verbindung. Es sah aus, wie wenn die Blase kurz vor dem Übergange in die Harnröhre eine mehr oder weniger starke Einschnürung erfahren hätte. In beiden Fällen muſste der Urin, wenn er die Ureteren passiert hatte, zuerst in die hintere, dann durch die Öffnung in die vordere Kammer der Blase flieſsen. Die Blasenbeschwerden waren anfangs sehr minimal, wuchsen unmerklich durch die Jahre hindurch, bis sie schlieſslich in Retentio urinae endeten. Der eine Patient starb an Urämie, der andere genas vollständig, nachdem an ihm rechtzeitig der suprapubikale Schnitt vorgenommen worden war. In beiden Fällen waren die Wände der hinteren Blasenkammer stark hypertrophiert. Beide Patienten zeigten eine urethrale Striktur, die nach der Ansicht des Verfassers unabhängig von der angeborenen Anomalie erst später entstanden zu sein, die Retentio urinae zwar nicht direkt verursacht, sie aber zweifellos beschleunigt zu haben scheint. Die Frage, ob die Prostata sich der Bildung der vorderen Kammer angeschlossen habe, kann, was den letal verlaufenen und zur Autopsie gelangten Fall betrifft, dahin beantwortet werden, daſs sich bei der anatomischen Untersuchung keinerlei Anzeichen von Drüsen vorgefunden haben.

II. **Ein Fall von Brocq „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées"**, von James C. White. Die Affektion begann bei dem 38jährigen Patienten

vor 12 Jahren um die Winterzeit mit roten Flecken an den Unterschenkeln. Im Frühjahr verschwand der Ausschlag, um im darauffolgenden Herbst in gröfserer Ausdehnung wiederzukehren. So wiederholt sich dies Jahr für Jahr. In den Sommermonaten ist von Flecken nichts nichts zu sehen. Mit Beginn der kalten Tage treten sie ohne subjektive und sonstige Begleiterscheinungen auf und sind je nach dem Grade der Kälte mehr oder weniger intensiv rot.

An einzelnen der befallenen Körperteile, so im Gesicht, zeigt sich schwache Abschuppung. Auf Druck verschwindet die Röte, um sofort wiederzukehren. Der Patient ist früher stets gesund gewesen. Sein Allgemeinbefinden hat auch jetzt in keiner Weise gelitten. Erbliche Belastung für Hautkrankheiten liegt nicht vor.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und teilt das Resultat der histologischen Untersuchung eines excidierten Hautstückchens mit. In diesem wie in einem zweiten beschriebenen, von Charles J. White beobachteten Falle zeigten die anatomischen Befunde auffallende Ähnlichkeiten: Fehlen des Stratum lucidum, Verkümmerung oder gänzlicher Mangel einer Körnerschicht, Ödem im Rete und durch dasselbe bedingte Zelltrennung, verminderte Färbbarkeit der Zellen, Distorsion und schliefsliche Atrophie und Fehlen der Pallisadenschicht: Zellextravasion durch die oberen Coriumschichten, auch hier Ödem, erkennbar an der Trennung der Bindegewebsfasern, Verminderung der Zahl der elastischen Fasern. Nur hinsichtlich des Grades der Entzündung unterscheiden sich beide Fälle. Die Inflammation ist im ersten, dem älteren Falle, weniger stark accentuiert.

III. **Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans**, von G. W. Wende-Buffalo. Für die in Rede stehende Affektion, von welcher Duhring im *Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten*, Heft 14, März 1899, einen Fall beschrieben hat, sind in der Litteratur verschiedene Namen verzeichnet:

1. Spontane Gangrän, 2. Hysterische Gangrän, 3. Zoster atypicus gangraenosus et hystericus, 4. Dermatitis gangraenosa, 5. Multiple neurotische Gangrän, 6, Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans.

Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser seltenen Affektion.

Fall 1 betrifft ein 17jähriges, gesund aussehendes, kräftig gebautes, nervöses Mädchen, dessen Vater an einer Herzkrankheit im Alter von 36 Jahren gestorben ist. Die Mutter, der Bruder und die näheren Verwandten der Patientin sind alle gesunde Leute. Im Mai 1899 betupfte sie eine Warze auf dem rechten Handrücken mit reiner Karbolsäure. Am nächsten Morgen war die Warze von einer roten, entzündeten, brennenden und schmerzhaften Zone umgeben. Diese Röte dehnte sich nach und nach über die ganze Rückenfläche der Hand aus, um nach Verlauf von drei Tagen langsam zu verschwinden. Unmittelbar darauf entstand auf der Beugefläche des rechten Vorderarmes ein wohl umschriebener, von kleinen Bläschen dicht besäter, roter Fleck von etwa zwei Zoll im Durchmesser; drei ähnliche Flecken entwickelten sich fast gleichzeitig und zwar zwei in der Nähe des Ellenbogengelenkes und einer im Gesicht. Nach Verlauf einiger Wochen verschwanden diese Erscheinungen und hinterliefsen nur eine pigmentierte Stelle. Bald darauf wurde plötzlich eine Gruppe von Bläschen über dem zweiten Gelenk des kleinen Fingers sichtbar; dieselben gingen in einen gangränösen, schmerzhaften Prozefs über, der schliefslich den ganzen Finger ergriff und die Amputation desselben notwendig machte. Nicht lange nachher wurde der benachbarte Finger von dem rapid um sich greifenden, zerstörenden Prozesse befallen und amputiert. Bei der Untersuchung der Patientin durch den Verfasser im August 1899 zeigte es sich, dafs die Sensibilität der affizierten Hautstellen mehr oder weniger stark herabgesetzt, die motorischen Reflexe an dem erkrankten Arme, auch die Kniereflexe der rechten Seite erhöht waren. September 1899 und im weiteren

Verlaufe bildeten sich ohne vorangehende Bläschen zahlreiche kleine nekrotische Stellen auf der Brust und am Rücken und zwar vorwiegend um die Haarfollikel herum. Viele dieser Effloreseenzen besafsen eine centrale Vertiefung oder konfluierten mit einander zu grofsen nekrotischen Plaques, die nach einigen Tagen verschorften. Während des Ausbruchs bestand deutliche Anästhesie an den befallenen Partien und um dieselben herum. Der weitere Verlauf war gewöhnlich Eintrocknen, Abfallen des Schorfes, Heilung und Hinterlassung einer narbigen Vertiefung. Seit Januar 1900 leidet die Patientin an Anfällen von heftigem Kopfschmerz, Schüttelfrost, Ohrenklingen und kurzdauernder Bewufstlosigkeit, die sich täglich mehrere Male wiederholen und namentlich bei Ausbruch einer gangränösen Stelle auf dem Rücken excessiv und von entsetzlichen, die Wirbelsäule entlang nach dem affizierten Arme hin ausstrahlenden, brennenden Schmerzen begleitet waren.

Der Verfasser bespricht die Pathogenese des Falles. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs die Hautnekrose mit Störungen in zugehörigen Nervencentren im Zusammenhange stehe, wenn auch die ursprüngliche Veranlassung zum Ausbruche der Krankheit in der Ätzung mit Karbolsäure zu suchen ist. In der Litteratur werden ähnliche Fälle von neurotischen Entzündungen der Haut im Anschlufs an Traumen beschrieben.

IV. **Opisthotonus im Anschlufs an dorsales Sclerema neonatorum**, von W. Browning-Brooklyn. Ein 17 Tage altes Kind zeigte 1—2 Tage nach der Geburt zu beiden Seiten der Wirbelsäule Flecken, die für Hämorrhagien gehalten wurden, jedoch als der Beginn der späteren Hautaffektion anzusehen sind. Das Kind hat einen langen Kopf, der seit dem siebenten Lebenstage eine auffallende Tendenz zum Opisthotonus zeigt. Irgendwelche Anzeichen von Paralyse sind nicht vorhanden. Eine zweite bemerkenswerte Erscheinung in dem Falle ist die enorme Verdickung und Runzelung der Haut des Rückens von der Lumbar- bis zur Cervikalregion. Der ganze Bezirk zeigt eine dunkelrote Farbe und brettartige Härte. Die Haut ist hier nirgends eindrückbar. Wie von einem Panzer ist der Rücken bedeckt. Man sieht, dafs der Opisthotonus seine Ursache in der starren, wie im Kontraktionszustande befindlichen Rückenhaut hat. *C. Berliner-Aachen.*

Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.

1900. No. 11—12.

Die gegenwärtige Dermatotherapie und das Jodoformogen, von Saltrini. Der hauptsächlichste Vorzug dieses Präparates, einer Eiweifsverbindung des Jodoforms, besteht in seiner Unschädlichkeit. Seine antiseptische Kraft ist dagegen nicht sehr bedeutend. Die Fälle, welche mit diesem Präparate behandelt wurden, verteilen sich in vier Gruppen: 1. Ekzeme, akute und chronische, bei Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren. Das Jodoformogen wurde teils in Substanz, teils mit Vaselin zu Salben verrieben, angewendet. Der Erfolg war ein sehr guter, das Jucken und die entzündlichen Erscheinungen überhaupt nahmen rasch ab. In die zweite Gruppe fallen eine Menge von Geschwüren, unter anderen Decubitus etc. Obwohl diese Affektionen bei älteren, dekrepiden Individuen oder im Verlaufe von allgemeinen Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks, von Lues etc. vorkommen, zeigte sich das Präparat in vielen Fällen sehr wirksam. Dasselbe gilt von, drittens, den Verbrennungen des ersten, zweiten und selbst dritten Grades. Zur vierten Gruppe gehören die eitrigen und torpiden Geschwüre. Im allgemeinen war auch hier der Erfolg ein guter; die Ulcerationen wurden zuerst mit Sublimat abgewaschen und sodann täglich Jodoformpulver aufgestreut; es wurden meist gute Granulationen und prompte Vernarbung erzielt.

Das seborrhoische Ekzem von Unna. Was es war und was davon vom klinischen Standpunkte aus übrig bleibt, von Perrin. Verfasser giebt eine Beschreibung der Ekzemformen, welche von Unna unter der Bezeichnung Eccema seborrhoicum zusammengruppiert wurden. Er hält dafür, dafs dieselben wirklich eine Klasse bilden, um so mehr als ihre Therapie spezielle Indikationen bietet (reduzierende Präparate, welche die Basis der Behandlung bilden).

Behandlung des Ulcus cruris. Bringt nichts neues. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten, von A. Blaschko. (Zugleich 40. Lieferung des Handbuchs der Hygiene, von Theodor Weyl-Berlin). (Gustav Fischer, Jena 1900.) Die ersten beiden Kapitel des vorliegenden Buches bringen eine kurze Beschreibung der Geschlechtskrankheiten und deren Verbreitung; zur Darstellung der letzteren werden die statistischen Berichte der Armeeverwaltungen, ferner von Krankenhäusern, einzelner Polizeiärzte und grofser Krankenkassen benützt. Die allerbeste, ja vielleicht die einzig brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten haben Norwegen und Dänemark, da hier einerseits die Ärzte die Anzeigepflicht für diese Krankheiten haben, andererseits die Unbemittelten auf Staatskosten in den Spitälern behandelt werden. Die Blennorrhoe beträgt sowohl in der Provinz als auch in den Hauptstädten nach einer 20jährigen Berechnung fast 70% aller Geschlechtskrankheiten; ferner ist das Verhältnis von Männern zu Frauen 1:4 d. h. eine venerische Frau bildet einen Ansteckungsherd für vier Männer und von vier venerischen Männern verbreitet nur einer die Krankheit auf eine Frau weiter. Für die Männer bildet die Hauptquelle der Ansteckung der aufsereheliche Geschlechtsverkehr, insbesondere die Prostitution, während die Frauen zum grofsen Teil während der Ehe infiziert werden. Das dritte Kapitel bespricht die Prostitution, deren geschichtliche Entwickelung und Ausbreitung (Abnahme der öffentlichen Prostitution in den letzten Jahren). Das vierte und wichtigste Kapitel umfafst die Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Nach eingehender historischer und statistischer Besprechung der Reglementierung kommt Bl. zu seinem bekannten Standpunkte, dafs die Resultate derselben in sanitärer Beziehung nur äufserst dürftige sein können und keinesfalls der aufgewandten polizeilichen und ärztlichen Arbeit und dem umfangreichen mit dieser Überwachung beschäftigten Beamtenapparat entsprechen. Die mangelhaften Erfolge der Reglementierung lassen sich im wesentlichen zurückführen auf: 1. Mängel der Einschreibung (geheime Prostitution), 2. Mängel der Untersuchung (besonders der sogenannten polizeilichen), 3. Mängel der Behandlung (besonders bei der Blennorrhoe, wo das Gros der Fälle entlassen wird, ohne dafs man sicher weifs, ob die Blennorrhoe geheilt ist oder nicht). Eine 4. ungünstige Nebenwirkung der Reglementierung ist die Furcht vor der Krankenhausbehandlung. Die Assanierung der Prostitution liegt nur vor allem nach Bl. darin, der jungen Prostituierten, der Rekruten, habhaft zu werden und in zweiter Linie in der zwangsweisen Behandlung der Prostituierten, welche auch nach der Krankenhausbehandlung, so lange als es nötig ist, fortzusetzen sei; jedoch bietet noch keines der bis jetzt dazu vorgeschlagenen Systeme absolute Sicherheit. Um so wichtiger ist die zweite Art, die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in anderen Bevölkerungs-

schichten. Dazu gehört, dafs man den Venerischen den Zutritt zu den Krankenhäusern in jeder Weise erleichtern soll und ihnen den Aufenthalt daselbst so angenehm wie möglich mache. Jede Beschränkung, die nicht durch den Charakter der Krankheit selbst geboten ist, müfste fortfallen. Errichtung von Spezialkrankenhäusern ist aus leicht ersichtlichen Gründen nicht empfehlenswert; es sollte also, so hebt Bl. mit vollem Recht hervor, diesen Spezialsälen jeder Zug der Strafanstalt, wie er ihnen nur allzu häufig anhaftet, genommen werden. Was eine weitere Empfehlung Bl.s betrifft, nämlich die ausgedehnte Errichtung von Ambulatorien oder poliklinischen Sprechstunden in Verbindung mit Krankenhäusern, damit die Patienten viel leichter und häufiger dazu kommen, sich ins Krankenhaus aufnehmen zu lassen, so glaubt Referent, dafs in den grofsen Städten gerade genug Polikliniken schon vorhanden sind und deren Vermehrung nichts weniger wie ein Bedürfnis ist. Überhaupt erscheint die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten bei uns in Deutschland für die hauptlich in Betracht kommende jugendliche Bevölkerung, die ja mit Ausnahme der Studentenschaft zum gröfsten Teile den Krankenkassen angehört, durch die soziale Gesetzgebung hinreichend gesichert zu sein. Es sollten nur die Ärzte dafür sorgen, dafs die Geschlechtskranken in jedem Falle genügend aufgeklärt werden über die Gefahren, welche ihnen und anderen durch die Vernachlässigung ihres Leidens drohen; diese Praxis der Aufklärung hält auch Bl. für ein weit wirksameres Mittel als Zwangs- und Strafmafsregeln. Diese Aufklärung habe sich nicht nur auf die Gefahren von seiten der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten selbst, sondern auch auf die ganze Frage des aufserehelichen Geschlechtsverkehres und dessen Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit zu erstrecken (Vorträge, populäre Schriften). Auch darin mufs man Bl. Recht geben, wenn er schliefslich den Nutzen eines allgemeinen Kurpfuschereiverbotes für sehr zweifelhaft hält. Auf weitere Einzelheiten des lesenswerten Buches einzugehen, mufs sich Referent versagen; ob damit wirklich die vorliegende Frage einer gedeihlichen Lösung näher geführt wird, kann bei der Schwierigkeit der Materie nicht vorausgesagt werden. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe in ihrer Beziehung zu den Adnexorganen des Mannes, von E. Wood-Ruggles. (Separatabdruck aus *Medical Record.* 3. Februar 1900.) R. glaubt, dafs die männlichen Geschlechtsdrüsen, Prostata und Samenbläschen, weit häufiger bei Blennorrhoe mitergriffen seien als allgemein angenommen wird, dafs chronische Prostatitis in 60% aller Fälle von chronischer Blennorrhoe, welche länger als ein Jahr gedauert haben, vorhanden ist. Ohne dafs bei der palpatorischen Untersuchung eine Veränderung der Drüse zu konstatieren ist, enthält oft das krankhafte ausgedrückte Sekret reichlich Eiter und Bakterien, ferner vermehrte Epithelzellen, während es die normalen Fettzellen und im allgemeinen die Amyloidkörper verloren habe. Von welcher Wichtigkeit diese mikroskopische Untersuchung ist, dafür führt R. zwei Fälle von jungen Ehekandidaten an. Was die Samenbläschen betrifft, so ist die Blennorrhoe die Ursache beinahe aller Entzündungen derselben, R. ist jedoch nicht der Ansicht Fullers, welcher das Vorhandensein chronischer Protatitis überhaupt

leugnet und solche Fälle auf perivesikuläre Entzündung zurückführt, in vielen seiner (R.s) Fälle wäre der durch Massage erhaltene Inhalt der Bläschen völlig normal, das Prostatasekret jedoch rein eitrig gewesen. Massage eventuell Instillationen von Arg. nitr. sind für beide Arten von Erkrankungen die besten Mittel. Dafs übrigens die Samenbläschen wichtige Organe zur Lebensfähigkeit der Spermatozoen sind, beweist der Umstand, dafs sowohl bei der akuten wie der chronischen Entzündung derselben die Spermatozoen im Sekret tot oder wenigstens bewegungslos, also funktionsunfähig, gefunden werden. *Stern-München.*

Über den Einfluſs der Umgebung auf den Gonokokkus, (Leitartikel des *St. Louis Courier*. 1900. Vol. XXII. No. 5,) Verf. spricht über die Bedeutung der Bummschen Mitteilungen in Bezug auf die Abschwächung des blenorrhoischen Virus durch Züchtung auf diversen Nährmedien. Es sei indessen verkehrt, anzunehmen, dafs in absehbarer Zeit irgend eine Modifikation und Abschwächung in der Virulenz der Gonokokken eintreten werde. Allenfalls könnte man erwarten, durch Einführung von Organismen, welche dem Gonococcus antagonistisch sind, eine Blennorrhoe abzuschwächen oder zu koupieren, auf eine Wandlung im Darwinschen Sinne könne man doch niemals hoffen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Tripperfäden (Flocken?) im Urin, von W. Bernart-Hot Springs. (*New York med. Journ.* 14. Juli 1900.) B. untersuchte von 50 Fällen früherer, ungeeignet behandelter, Blennorrhoe, die sechs Monate bis fünf Jahre zurückdatierte, den frisch gelassenen Urin und gewann dabei die Überzeugung, dafs zwischen der Bewegung der Tripperfäden im Urin und deren mikroskopischer Zusammensetzung eine Koinzidenz bestehe, indem Epithelien leichter sind als Eiter. Durch ein spezielles Verfahren (Dreiteilung des Urins, Absetzenlassen im Spitzglas, Bestimmung des spezifischen Gewichts des reinen Urins, mikroskopische Untersuchung der Tripperfäden u. s. w.) kam B. zu folgenden Schlüssen: 1. Die spezifische Schwere des Urins ist ein wichtiger Faktor bei der Wirkung der Fäden. 2. Die Elemente, welche dieselben zusammensetzen, bilden den Haupteinfluſs. 3. Die Suspension an verschieden tiefen Stellen im Urin hängt hauptsächlich von mechanischen Ursachen ab. 4. Bei Filtration des Urins sinken alle mit Ausnahme der leichtesten Fäden, die aus Schleimflocken zusammengesetzt sind, im Becherglase zu Boden. 5. Die Wirkung der Tripperfäden hängt nicht allein von ihrer Zusammensetzung oder der spezifischen Schwere des Urins ab. Vielmehr muſs man annehmen, dafs irgend eine Substanz im Urin, welche durch Filtration entfernt werden kann, die Wirkung der Fäden und deren diagnostischen Wert beeinfluſst; denn die Verschiedenheit in der Länge der Infektion und deren Extension und die Art der Behandlung zeigte keinen ausgesprochenen Unterschied in den Resultaten der vorbeschriebenen Experimente. *Stern-München.*

Akute blennorrhoische Arthritis u. s. w. des linken Schultergelenkes, welche Operation erheischte und von rascher Heilung gefolgt war, von Coplin Stinson-*San Francisco.* (*New York med. Journ.* 7. Juli 1900.) 38jähriger Mann bekam 39 Tage nach dem Beginn des Harnröhrentrippers, welcher übrigens die ersten 14 Tage unbehandelt geblieben war, heftige Schmerzen in der linken Schulter, dieselbe war geschwollen und ebenso wie der Arm unbeweglich; zugleich bestand Fieber von über 39° C. Die verschiedenen lokalen und allgemeinen (Salol, Chinin, Phenacetin) Mittel wurden gegeben, das Fieber und die Schmerzen nahmen aber immer mehr zu, die Urethritis hörte jedoch bald auf. In Anbetracht der heftigen Schmerzen, des hohen Pulses und des schlechten Allgemeinbefindens wurde das Schultergelenk geöffnet, die

geringe Menge darin enthaltener trüber Flüssigkeit enthielt keine Gonokokken, während die ein paar Tage später aus der Wunde ausgedrückte Flüssigkeit Gonokokken in spärlicher Menge enthielt. Unter entsprechend antiseptischer Behandlung (Naht und Immobilisierung) heilte die Operationswunde in zehn Tagen, nach ca. zwei Monaten war Patient nach Übungsbewegungen im Stande, seinen Arm wieder frei zu gebrauchen. *Stern-München.*

Über Endocarditis blennorrhoica, von M. Lobe. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 65. Bd. 3. u. 4. Heft.) Der 41jährige Patient klagte über Anschwellung des rechten Vorderarmes: es bestand eine Tendovaginitis und zugleich eine Blennorrhoe; später wurden Gelenke an den Unterextremitäten befallen, eine Pleuritis entstand und nach ca. 14 Tagen trat eine Endocarditis auf, die in neun Tagen dem Leben des Patienten ein Ende machte. Die Sektion ergab, dafs es sich um eine ulceröse Endocarditis gehandelt hatte, die ihren Sitz an den Aortenklappen hatte; aufserdem war der Herzbeutel obliteriert. Verf. macht nach der Litteratur aufmerksam auf das häufige Befallensein der Pulmonalklappen bei Endocarditis blennorrhoica ulcerosa.
F. Hahn-Bremen.

Beitrag zu den blennorrhoischen Psychopathien, von Cascella. (*Rif. med.* 1900. II. No. 8.). Verfasser berichtet über einen jungen Mann, der sich im Verlaufe von einigen Jahren viermal blennorrhoisch infizierte und bei dem jede Infektion von physischen Störungen begleitet war, in Gestalt von stuporöser Melancholie (die beiden ersten Male) und von maniakalischer Aufregung (die beiden letzten). Verfasser zählt den Fall zu den toxischen Psychosen und speziell zu den von Venturi sogenannten blennorrhoischen Psychopathien, die auf die direkte Einwirkung der von den spezifischen Erregern der Blennorrhoe produzierten Toxine zurückzuführen sind.
C. Müller-Genf.

Einen Fall von Stomatitis gonococcica beschreibt Colombini. (*Rif. med.* 1900. No. 87—89.) Derselbe betrifft eine alte Prostituierte, die sich die Infektion durch einen Coitus per os zugezogen hatte. Die spezifische Entzündung erstreckte sich über die Schleimhaut der Zunge, der Wangen, des Zahnfleisches in Form von rundlichen graulich-weifsen Plaques, die von einem lebhaft roten Hofe umgeben waren, die umgebenden Partien kaum überragten und eine äufserst übelriechende eitrige Flüssigkeit sezernierten. In diesem Sekrete wurde der Neisserasche Diplokokkus nachgewiesen. Die Behandlung bestand in häufigen Ausspülungen mit Lösungen von Kalium permang. 1:1000 und mehrmaligem Betupfen mit Höllensteinlösung 0,5:100. Die vollständige Heilung erfolgte nach acht Tagen. *C. Müller-Genf.*

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusblennorrhoe, von H. Schultz. (*Frauenarzt.* 15. April 1900.) Während man früher oft die Uterusblennorrhoe als unheilbar ansah, macht Verf. darauf aufmerksam, dafs eine grofse Zahl von selbst ausheilt. Um die Heilung zu erreichen, empfiehlt er angelegentlich, zweimal wöchentlich das Endometrium mit 10% Argentaminlösung zu ätzen.
F. Hahn-Bremen.

Über die akute Cystitis und die Peritonitis blennorrhoica, von Pini. (*Bolletino delle Scienze med. di Bologna.* 1900. Bd. XI.) Verfasser konstatiert die verhältnismäfsig grofse Seltenheit der Cystitis als Komplikation der Blennorrhoe und die Thatsache, dafs auch in den Fällen, wo es zur Entwickelung einer Cystitis kommt, diese nicht als eine blennorrhoische sondern als eine sekundäre durch verschiedene andere Mikroorganismen (Bacterium coli, Typhusbacillus, Streptokokkus pyogenes,

Tuberkelbacillus etc.) hervorgerufene aufzufassen ist. Er beschreibt sodann einen Fall von Blennorrhoe, der sich mit Orchiepididymitis und Funinculitis duplex, akuter Cystitis und Peritonitis komplizierte und bei dem er im Urin den Bacillus pyocyaneus nachwies und kultivierte. Dieser Mikroorganismus war wahrscheinlich vom Darmkanal in die Harnwege gelangt. Andererseits teilt Verfasser die Ansicht der Autoren, welche eine spezifische Gonokokkenperitonitis annehmen und teilt auch entsprechende Krankengeschichten mit. Aus denselben und den Erfahrungen des Verfassers geht hervor, dafs die blennorrhoische Peritonitis einen ganz anderen Verlauf nimmt als die Streptokokken- und Staphylokokkenperitonitis d. h. sich an Intensität und Ausdehnung milder gestaltet als diese letzteren. *C. Müller-Genf.*

Über zwei Fälle von blennorrhoischer Phlebitis mit partieller Gangrän der Glans des Corpus cavernosum und der Urethra berichtet Batut in *Lyon méd.* No. 17, 1900. *C. Müller-Genf.*

Die Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Prostatitis, von A. Rothschild. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 39.) In diesem Sammelreferat über die letzten fünf Jahre bespricht Verf. zunächst die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, die immer noch nicht genügend festgelegt sind, insofern als über die Auffassung der Begriffe „parenchymatös", „glandulös" bei den verschiedenen Autoren sich Verschiedenheiten finden. Auch über die Untersuchungsmethoden und ihre Wertschätzung ist noch keine Einigkeit erzielt worden, speziell gilt dies von der Rectalpalpation, während die mikroskopische Untersuchung des Sekrets und ihre Deutung naturgemäfs die Gelehrten schon eher einig findet. Über die Urinprobe in Gläsern (Zwei- und Dreigläserprobe) und ihre Ausführung sind auch Verschiedenheiten zu konstatieren. Die Therapie hat entschieden bedeutende Fortschritte gemacht, trotzdem die „Heilung" des Leidens bisher in der Litteratur ein ziemlich vager Begriff geblieben ist.
F. Hahn-Bremen.

Im Rostocker Ärzteverein (Sitzung vom 21. April 1900. Nach *Münch. med. Wochenschr.*, 1900, No. 27) hielt Thümen einen Vortrag über **Prostatitis blennorrhoica.** Derselbe enthält eine zusammenfassende Darstellung der gegenwärtigen Kenntnisse nnd Anschauungen über Vorkommen, Formen, Erscheinungen, Prognose und Therapie dieser häufigen Affektion. *Göts-München.*

Hodenentzündung bei Tripper und Parotitis, von Vandenbossche-Versailles. (*Presse méd.* 1900. No. 48). Bestimmte Beziehungen zwischen Heftigkeit des Trippers und Entstehung der Hodenentzündung — richtiger gesagt Nebenhodenentzündung — kann Verfasser nicht feststellen. Unter 15 beobachteten Fällen trat letztere einmal 25 Tage, siebenmal 1 Monat, viermal 2 Monate und je einmal 12, 18 und 24 Monate nach Entwickelung der primären Harnröhrenaffektion auf. Die Orchitiden bei Parotitis befallen meist Erwachsene. Lavrrau beobachtete dieselben unter 699 Fällen von Parotitis 24mal, der Verfasser unter 84 Fällen siebenmal. Ihr Auftreten erfolgt im allgemeinen 2—7 Tage nach der Entzündung der Parotis, selten tritt sie gleichzeitig mit oder vor dieser auf. Fast immer ist der Hoden selbst befallen. Er schwillt bis zur dreifachen Gröfse der Norm an, ohne nach dem Aufhören des Prozesses den normalen Umfang wieder zu erreichen. Weder Bindegewebe noch Gefäfse sind alteriert, nur die Kanälchen sind schmäler geworden und ihre innere Auskleidung ist geschwollen, bis unter Verlust des Epithels das Lumen ganz verletzt wird. Es handelt sich also um eine parenchymatöse Sclerosierung. (Malassez und Reclus). Im Falle, dafs der Nebenhoden ergriffen wird, ist besonders sein Kopf der Sitz des Prozesses. Gosselin

beobachtete dabei Volumenzunahme der Prostata, Schmitt viermal eine Urethritis. Doppelte Parotitis hat nicht etwa doppelte Orchitis zur Folge, überhaupt bestehen zwischen beiden hinsichtlich der befallenen Seite oder der Duplicität keine Beziehungen. Während die blennorrhoische Epididymitis als Komplikation Peritonitis mit sich führen kann, Hodenneuralgien, circumscripte nicht ausheilende Infiltrationen, die zu Recidiven Veranlassung zu geben vermögen, und Disposition zu tuberkulöser Erkrankung zurücklassen kann, spielt bei der Orchitis parotitica die nachfolgende Atrophie eine Rolle (nach Lavrrau 106 mal in 163 Fällen.) *Hopf-Dresden.*

Behandlung und Prophylaxis der Blennorrhoe, von Fermi-Sassari. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 19.) Verfasser bedient sich zu seinen Harnröhrenirrigationen einer birnförmigen Spritze aus ziemlich resistentem Gummi, welche 100—200 ccm fassen kann. Als Irrigationsflüssigkeit empfiehlt er Kalium permanganicum 1:200, Argentum nitricum 1:500, Protargol 1:500 oder endlich Ichthyol 1:200. Die Spitze der Birne wird in die Urethra eingeführt, die Flüssigkeit eingespritzt und zwar in der Weise, dafs abwechelnd gedrückt und mit dem Drucke nachgelassen wird, sodafs die Flüssigkeit stets wieder in die Spritze zurückfliefst. Dieses Manöver wird morgens, mittags und abends während je 10—20 Minuten wiederholt. Gleichzeitig sucht F. den entzündlichen Erscheinungen vorzubeugen, indem er die Schleimhaut der Urethra dem Gonokokkus und dessen Toxinen gegenüber resistenter und unempfindlicher macht, und zwar durch Herabsetzung der Temperatur des Penis. Dies geschieht vermittelst einer Binde, welche um das Organ und das Skrotum gerollt und mehrmals täglich mit kaltem Wasser getränkt wird, besonders abends vor dem Schlafengehen. Die Temperatur fällt auf diese Weise von 35° auf 26°—28° herunter. Die Binde darf aber nicht benutzt werden, wenn Reizerscheinnngen (Chorda) bestehen; auch darf sie nicht allzu straff angezogen werden. Als Vorzüge seiner Methode rühmt ihr Verfasser nach, dafs sie einfach, aber sehr wirksam, schmerzlos und im Stande ist, Komplikationen zu verhindern, keine Unterbrechung der Arbeit erfordert und billig ist.

C. Müller-Genf.

Die Abortivbehandlung des Trippers, von A. F. Plicque. (*Presse méd.* 1900. No. 26). Verfasser empfiehlt als beste Frühbehandlungsmethode des Trippers die Spülungen nach Janet, welche vom ersten Tage der Krankheit an angeordnet 87% Heilungen geben. Am fünften Tage der Sekretion geben sie nur noch 11% Heilungen. Man hat mit den Spülungen, welche am erfolgreichsten mit Kaliumpermanganatlösungen 1:10000 vorgenommen werden, sofort nach Wegbleiben der Gonokokken, spätestens nach fünf oder sechs Spülungen aufzuhören. Die Harnröhre wird vor jeder Spülung mit 5%iger Kokainlösung anästhesiert, um die Muskulatur zum Erschlaffen zu bringen. Die Temperatur der Lösungen soll 38—40° sein. Man soll niemals Lösungen benutzen, die direkt durch Auflösen von Krystallen hergestellt sind, sondern nur aus ebenfalls schon gewonnenen stärkeren Lösungen. Es können sonst kleinste Krystallteile auf die Urethra oder in die Blase gelangen und dort lebhafte Schmerzen verursachen. Anfangs mache man täglich zwei Spülungen. Bei Personen, die schon früher Blennorrhoen überstanden haben, beginne man gleich mit 1:4000. Nach fünf bis sechs Spülungen besteht der Ausfluss nur in einem hellen Tröpfchen. Dann spüle man täglich einmal, alle 36 Stunden, später nur alle 14 Tage. (Der Verfasser überschätzt nach Ansicht des Referenten die Wirksamkeit der Janetschen Spülungen sehr).

Hopf-Dresden.

Aus den Verhandlungen des sechsten Dermatologen-Kongresses heben wir Neissers Ausführungen über **Blennorrhoetherapie und Protargol** hervor. (Wilh. Braumüller, Wien). Neissers Thesen betonen folgendes: die Bakterienkrankheiten werden um

so rascher beseitigt, je früher die die Krankheitsursache darstellenden Bakterien vernichtet werden; daher muſs auch bei der Blennorrhoe die antibakterielle Behandlung möglichst frühzeitig einsetzen. Bei der Blennorrhoe des Mannes ist die Richtigkeit dieser Anschauung erbracht; bei der Blennorrhoe des Weibes ist zu hoffen, daſs es auch noch gelingen wird, das Prinzip der frühzeitigen, auf Gonokokken ausgehenden Therapie mit Erfolg durchzuführen. Am besten eignen sich zur Gonokokkenbeseitigung die Silbersalze; von diesen eignen sich für die akutesten Stadien besonders Argonin und Protargol, weil sie am reizlosesten sind; Argentamin eignet sich für verschleppte chronisch werdende Fälle, Argentum nitricum ist besonders als Nachbehandlungsmittel brauchbar. Die Adstringentien in späteren Stadien, die allgemeinen Behandlungsmaſsregeln und die innere Therapie werden durch die antibakterielle Frühbehandlung keineswegs überflüssig gemacht. Die beste Behandlungsmethode der meisten akuten Blennorrhoeen ist die durch Injektionen mit groſsen Spritzen in Form der prolongierten Einspritzungen. So wird man eine groſse Menge der oft schwer heilbaren chronischen Formen verhüten können. Verf. wünscht, daſs durch allgemeine Einführung des der Credéschen Methode analogen Blokuszewskischen Verfahrens ein wesentlicher Fortschritt zur Verminderung der Blennorrhoe gethan werde. — Was das Protargol anbelangt, so betont Verf. die Wichtigkeit guter, (i. e. hellbrauer) Protargollösungen. Nach der sehr eingehenden und erregten Diskussion faſst Neisser seine Ansicht nochmals im Schlusswort zusammen. Zunächst betont er Behrend gegenüber die guten Erfolge, die er stets mit seiner Methode erzielt habe, und bedauert, daſs dieser mit schlechten Lösungen gearbeitet habe und dadurch das Mittel unverdienter Weise diskreditiere. Von besonderer Bedeutung ist, daſs die Behandlung mit Protargol für die Patienten so leicht und bequem durchzuführen ist. Verf. bespricht dann kurz seine Ansicht über Blennorrhoe und Ehekonsens, wobei er sich vor allem auf den mikroskopischen Befund stützt, da er der Endoskopie eine entscheidende Bedeutung in dieser Frage nicht zuerkennen kann. Endlich wird noch wieder mit kurzen Worten der Wert der prophylaktischen Einträufelungen betont.

F. Hahn-Bremen.

Über die persönliche Prophylaxe und abortive Behandlung der Blennorrhoe, von S. Blanck. (*Med. Woche.* 1900. No. 12.) Neben allgemeiner Reinlichkeit und mechanischer Reinigung der Genitalien mit Wasser und Seife bedarf es noch anderer Hülfsmittel zur Verhütung der Blennorrhoe nach einem suspekten Coitus. Neben den Condomen verdienen die Einträufelungen mit 2% Arg. nitric. Lösungen nach Blokuszewski und die mit 20% Protargolglycerin nach Frank, eventuell Einspritzungen mit 3% Protargollösung für die individuelle Prophylaxe der Blennorrhoe die gröſste Beachtung und weiteste Verbreitung.

Verfasser bespricht dann die verschiedenen Methoden der Abortivbehandlung des Trippers und empfiehlt besonders die Janetsche Methode als eine in vielen Fällen schnell zur Heilung führende. Die Irrigation der Harnröhre (mit Kal. permang. und anderen Mitteln) läſst sich auch mittelst einer 150 g haltigen, sterilisierbaren Spritze vornehmen, was Verf. als besonders milde und schonende Behandlungsmethode empfiehlt.

J. Bloch-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut, von Bettmann-Heidelberg. (Offizieller Bericht über die VII. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen. Selbstverlag des Vereins.) Bettmann hat die Patienten der Ambulanz und der stationären Abteilungen der Heidelberger mediz. Klinik auf das

Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut untersucht. Von 200 nicht-syphilitischen Männern zeigten sie 41, von 100 nichtsyphilitischen Weibern nur 6. Jenseits des 40. Jahres wird die Affektion häufiger. Von 42 syphilitischen Männern zeigten 16, von 25 syphilitischen Weibern 4 die Drüsen. Bettmann bestätigt die Richtigkeit der Annahme Delbancos, daſs gerade bei Syphilitischen infolge der Hg-Kur die Drüsen zu finden sein dürften. Schadhafte Zähne, Tabaksgenuſs schuldigt im übrigen auch B. an. Eine Kombination von Leukopathia oris und Talgdrüsen in der Mundhöhle ist aber trotzdem nach B.'s Erfahrung ziemlich selten. Bei den meisten Syphilitischen sah B. die Veränderung noch monatelang nach der Hg-Kur fortbestehen, bei einem Syphilitischen aber kam und schwand sie mit der Kur. In diesem Phänomen sieht aber B. natürlich nur ein Schwinden für die makroskopische Beobachtung. Durch den Reiz werden die Drüsen zu stärkerer Funktion angeregt und werden so sichtbarer. Wo die Drüsen vorhanden sind, möchte B. sie als Warnungszeichen in der Richtung einer besonderen Reizbarkeit der Schleimhaut aufgefaſst wissen. Der Mundpflege solcher Patienten ist eine groſse Aufmerksamkeit zu widmen. Anatomisch fand B. keine Haarrudimente. Mit Delbanco nimmt B. an, daſs der Teil der Schleimhaut, in dem sich Talgdrüsen finden, sicher ektodermalen Ursprunges ist, eine Thatsache, welche mit zu verwerten ist für die Lösung der Frage, wo im Munde Ekto- und Entoderm sich vereinigt haben. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut, von Lublinski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 52.) Verf. beobachtete bei einem 44jährigen, bis auf etwas Gicht ganz gesunden Kollegen an der Wangenschleimhaut im interdentalen Raume in einer Breite von ca. 2 cm die öfters beschriebenen gelblichen, grieskorngroſsen Fleckchen, die als Talgdrüsen anzusehen sind; von Interesse ist, daſs die meist vorkommenden Reize, die für die Vergröſserung dieser in der Wangenschleimhaut präformiert liegenden Drüsen angegeben werden, in diesem Falle nicht verantwortlich zu machen waren, speziell nicht Lues, Tabak, Alkohol. Beim Achten auf das Vorkommen dieser Talgdrüsen fand Verf. sie auch bei einer nicht geringen Anzahl anderer Kranker. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Bau der menschlichen Hornzelle, von Ludwig Merk-Graz. (*Arch. f. mikr. Anat. u. Entwicklgsg.* 1900. Bd. 56.) Der Verfasser bevorzugt und möchte allgemeiner angewendet wissen eine im Vergleich mit dem Unnaschen Vorgehen ungemein einfache Art der Beobachtung menschlicher Hornzellen. Er gewinnt letztere durch Abstreifen einer der Fingerbeere eines frischen Amputationsstumpfes beigebrachten Epidermiswundfläche oder durch Ablösen der Zehenhornschicht einer frischen Leiche und Abstreichen des Hornschichtsaftes unter leichtem Druck. Zusatz von physiologischer Chlornatriumlösung schadet nichts, isoliert aber die Hornzellen sehr gut. Des weiteren setzte Verfasser 10%ige Kalilauge und 10%ige wässerige Chromsäurelösung zu. Seine Ergebnisse sind etwa folgende: In der Hornzelle sind zu unterscheiden dreierlei Substanzen. 1. Ein Gerüst von Epidermisfasern, das an der Oberfläche ein feines Netzwerk bildet (Wandfasernetz). Von ihm aus gehen sogenannte Binnenfasern senkrecht zur Oberfläche in das Innere. 2. Eine die Zellform bedingende Substanz, welche Hornsubstanz zu sein scheint; diese ist wahrscheinlich homogen und ohne Struktur. 3. Ein protoplasmatischer Inhalt. Andere Untersuchungen des Verfassers haben unzweifelhafte Kerne in den Hornzellen nachgewiesen. Aus noch bevorstehenden Mitteilungen verrät der Verfasser in vorliegender Arbeit schon folgendes: Die Basalzellen der Epidermis halten resorbierte Stoffe zurück. Bei oberflächlichem Pinseln lebender Haut mit Schwefelsäure werden gegen die Cutis hin eigentümliche Körner secerniert.

Bei Teer- und Krotonölpinselungen zeigen sich aktive Veränderungen der Hornzellen. Hierbei und in kranken Hornzellen (Psoriasis, Herpes tonsurans u. a.) lassen sich die Kerne leicht färben. Bei Lupus erythematosus treten in den Hornzellen Schollen auf u. s. w. *Hopf-Dresden.*

Bemerkung über die Haare der Negritos auf den Philippinen, von J. Pohl (Pincus)-Berlin. (*Anat. Anz.* 1900. No. 10/11.) Verfasser untersuchte Kopfhaare von 3 männlichen Einwohnern der Philippinen. Bei allen Haaren jüngerer Negritos zeigt sich nach Mitteilung von A. B. Meyer eine fast korkzieherartige Kräuselung. Charakteristisch war ferner an allen 3 Proben das feste Gefüge der Rindensubstanz, welche die feinen, spaltförmigen Lücken (Lichtstreifen) nicht aufweist; ferner die außerordentlich tiefe Färbung des Pigments und die relative Seltenheit und Schmalheit des Markstrangs. Letzterer kommt, wo vorhanden, erst nach starker Aufquellung zu Gesicht. *Hopf-Dresden.*

Noch einmal das Wort „elastisch" in der Bezeichnung eines Gewebes, von Hermann Triepel-Greifswald. (*Anat. Anz.* 1900. No. 23.) Der Verfasser betont in der vorliegenden, gegen Honcamp-Berlin gerichteten Replik nochmals seine Überzeugung, daß es besser sei, das Wort elastisch als Bezeichnung eines bestimmten Gewebes ganz zu vermeiden, und verteidigt seine Methode, die Elastizität eines Gewebes oder Organs zu bestimmen, nämlich nach der Druckelastizität, während Honcamp, His u. a. die Elastizität nach der Elastizitätsbreite, das heißt der Dehnbarkeit bei Zug, ohne Einbuße an Gestalt berechnen. *Hopf-Dresden.*

Verschiedenes.

Aus der Praxis eines alten Arztes, von Max Leudesdorf-Hamburg. (*Ärztl. Rundsch.* 1900. No. 20 u. 21.) In höchst interessanter anregender Abhandlung vergleicht der Verfasser Heilmittel und Heilmethoden von jetzt und ehedem. Uns Interessierendes sei kurz daraus mitgeteilt. Nach Vorgang eines Hannoverschen Kollegen Schneemann wendet Leudesdorf seit 44 Jahren Speckeinreibungen bei Scharlach an und will dabei nie Komplikationen gesehen haben. Daneben verordnete er stets Milchdiät und Potio Riveri ℞ mit destilliertem Wasser, sowie Sirupus rubi Idaei. Durch die Speckeinreibungen werden Hautreiz, Spannung, Hitze und Kontagiosität herabgesetzt. Man höre nicht vor Beendigung der Abschuppung damit auf. Bei hohem Fieber reibe man zweistündlich, später seltener mit Speck ein. Wenn angängig, gurgele der Kranke häufig mit Lösungen von Salbei (früher viel gebraucht), Chlorkalium, Aq. Calcis oder neuerdings Chinosol. Letzteres lobt Verfasser überhaupt als gutes Desinficienz ohne unangenehme Nebenwirkungen. Des weiteren interessiert das Nähmaterial des Verfassers, der in Karbol, neuerdings in 1‰iger Chinosollösung desinfiziertes Pferdehaar benutzt. Damit hat er auch einmal eine sonst impermeable Striktur passiert. Ehe er dann zum dünnsten Bougie überging, benutzte er noch ein Haar aus dem Schweif einer Giraffe. *Hopf Dresden.*

Über Infektionsgefahren in den Kurorten und Schutzmaßregeln gegen dieselben, von Carl Ullmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1899. No. 29 ff.) Aus dem sehr eingehenden Bericht über die Infektionsgefahr in den Kurorten sei nur einiges,

als den Leserkreis dieses Blattes interessierend, hervorgehoben. Es betrifft die Maul- und Klauenseuche, die Syphilis und die Lepra. Das erstgenannte Leiden ist durch Aufhochen der Milch, Vorsicht beim Ankauf und bei der Verwendung von Molkereiprodukten unbekannter Provenienz zu verhüten. Die Syphilis scheint in einige Kurorte durch die Badeärzte eingeschleppt zu sein, im allgemeinen gewinnt sie nun dort eine erhebliche Ausbreitung, wo eine indolente Bevölkerung vorhanden ist. In kleinen Kurorten eine gute Syphilisprophylaxe zu üben, erscheint unmöglich. — Die Lepra dürfte in einigermafsen hygienisch eingerichteten Kurorten überhaupt keinen Boden finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Filaria und deren Folgen auf den Fiji-Inseln, von M. J. Fenechame-Fiji. (*Lancet.* 5. Jan. 1901.) Verf. beschreibt die im Kolonialhospital gewöhnlich geübte Operation bei den oft kolossalen elephantiastischen Hypertrophien des Skrotums. In Chloroformnarkose wird zunächst die Basis des Tumors mittelst Esmarchscher Gummibinde fest umwickelt; alsdann wird der Penis durch einen langen Schnitt freigelegt und herauspräpariert, wobei ein eingelegter silberner Katheter die Lage der Urethra angiebt. Die elephantiastische Vorhaut wird abgelöst. Darauf werden auf jeder Seite durch einen vom Leistenkanal bis fast auf den Grund des Skrotums gehenden Schnitt Samenstrang und Hoden freigelegt und nach dem Herausschälen hochgezogen, so dafs unterhalb derselben dicht an der elastischen Ligatur von jeder Seite je ein Speiler (dicke Stecknadel) durchgesteckt werden kann, um ein Zurückschlüpfen der Teile nach der nunmehr erfolgenden Abtrennung des Tumors zu verhindern. Es folgt Unterbindung der Gefäfse (oft 20—30), möglichste Bedeckung der freigelegten Teile mit gesunder Haut durch Draht und Seidennähte. Das Skrotum heilt meist per primam, der Penis braucht etwa 3 Monate zur Überhäutung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hat das Sich-versehen der Mutter irgend einen Einfluſs auf den Foetus in utero? von W. Duncan-London. (*Lancet.* 3. Nov. 1900.) Verf. beantwortet obige Frage bejahend und führt folgenden Fall an: Die von ihm wegen Anteflexio uteri und Verschluſs des Cervikalkanals erfolgreich behandelte Frau eines Kollegen lieſs sich in der siebenten Woche der Gravidität mit ihrem Manne zusammen photographieren. Auf dem Bilde sah seine rechte Hand so aus, als ob die drei mittleren Finger verkrüppelt wären, ein Umstand, auf den die junge Frau Bekannte wiederholt aufmerksam machte. Bei der Geburt des Kindes fand sich eine gerade diese Teile betreffende Verkümmerung. Eine Nachbarin, Neurotica, einige Wochen schwanger, sah bei Gelegenheit das Kind und war sehr durch den Anblick bewegt. Ihr darauf geborenes Kind war sowohl an beiden Händen wie an den Füfsen verkrüppelt.

G. Halket hat (*Glasgow Med. Journ.* 1892) sich in ähnlichem Sinne ausgesprochen und stützende Beobachtungen angeführt.

J. Stenson Hooker-Hastings (*Lancet.* 15. Dez. 1900) glaubt auch an diese Möglichkeit und führt einen Fall von so entstandener Hypospadie an, sowie einen Fall von einem Knaben, der grofse Ähnlichkeit mit einem von der Mutter während der Schwangerschaft oft und eindringlich betrachteten schönen Bilde darbot.

Desgleichen berichtet J. G. Broden-Reading über einen Fall von intrauteriner Amputation der linken Hand, welchen er auf eine ähnliche Ursache zurückführt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 5. 1. März 1901.

Tätowierung und Syphilis.

Von

Dr. Hugo Zechmeister,
Kaiserl. und königl. Fregattenarzt.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Eine sehr verbreitete Unsitte unter den Matrosen der Kriegs- und Handelsflotten aller Nationen ist das sich Tätowieren lassen. Fast jeder Seemann findet Gelegenheit, sich zu mindest ein einfaches Abzeichen seines Berufes oder ein Monogramm von sich oder seiner Geliebten, Jahreszahlen etc., manchesmal aber auch grofse, zuweilen ganz künstlerisch ausgeführte Zeichnungen, meist erotischer, seltener obscöner Natur, auf die Brust, die Arme, sehr selten sogar auf das Genitale eintätowieren zu lassen. Aus der Ausführung der Tätowierung wird man sogar einen Schluſs auf die mitgemachten Einschiffungen oder die frühere Dienstverwendung des Matrosen ziehen können: so findet man bei Matrosen, die bei norddeutschen Schiffahrtsgesellschaften angestellt waren, häufig auf der Brust sehr sauber ausgeführte Zeichnungen, Allegorien des Seemannsberufes darstellend, während Matrosen, die in ostasiatischen Gewässern waren, zumeist durch den geflügelten Drachen am Arme kenntlich sind.

Das Tätowieren geschieht in der Weise, daſs, nachdem vorher das Muster auf die Haut aufgezeichnet wurde, entweder eine einfache oder auch mehrere zusammengebundene Nadeln in dieselbe eingestochen und in die frischen Stichöffnungen die betreffenden Farben, wie: Tusch, Zinnober, Lindenkohlenpulver, zerriebenes, mit Wasser zu einem Brei verrührtes Schieſspulver, Waschblau, Asche, Galläpfeltinte etc. mit der Fingerspitze eingerieben werden. Zum Anpicken des Farbstoffes auf die Fingerspitze verwendet der Künstler bei trockenen Substanzen entweder eine dünne Gummilösung oder häufig seinen eigenen Speichel.

Für feinere, polychrome Tätowierungen werden zuweilen auch Hohlnadeln verwendet, in deren Rinne der Farbstoff deponiert wird, um von dort, beim Einstich in die Haut, inokuliert zu werden.

Es ist daher natürlich, dafs durch diese Manipulationen, die übrigens für den zu Verschönernden nicht ganz unempfindlich ist, leicht Infektionskrankheiten, wie Lepra und Syphilis übertragen werden können, während von Übertragung von Tuberkulose durch Tätowierung, in der mir zugänglichen Litteratur kein Fall, verzeichnet ist. Dies letztere wird einerseits darauf zurückzuführen sein, dafs die Tuberkelbacillen längere Zeit zu ihrem Wachstume benötigen, andererseits wird es seine Erklärung darin finden, dafs in den oberflächlichen Hautschichten die Bacillen nicht die für die Entwicklung benötigte Temperatur vorfinden (BAUMGARTEN [1]).

Die Infektion kann sowohl durch die von einem andern Syphilitischen verunreinigten Nadeln, als auch durch den Speichel des spezifisch erkrankten Tätowierers, wie endlich zufällig durch Kontakt mit einer dritten, infizierten Person erfolgen und sind in der französischen und englischen Speziallitteratur in den letzten vierzig Jahren mehrere einschlägige Publikationen erschienen.

Die erste Publikation über diesen Gegenstand verdanken wir HUTIN [2]. Im Jahre 1877 erschien von ALBERT JOSIAS [3] eine Mitteilung über einen Fall, der zugleich mit acht anderen Freunden, die sich ebenfalls tätowieren liessen, auf diese Weise die Syphilis acquiriert hatte und auf der Abteilung von M. SIMONET im Hôpital du Midi in Behandlung stand.

Es waren in diesem Falle drei Sklerosen am rechten Vorderarm entstanden. ROBERT [4] schildert eine wahre Syphilisepedimie, hervorgerufen durch Tätowierung. BARKER [5] berichtet im Jahre 1889 aus dem Stations-Hospital in Portsea über zwölf Fälle, die von einem ausgedienten Soldaten infiziert worden sind, der sich zur selben Zeit im Lager durch hausieren und tätowieren sein Brot verdiente. BARKER konnte auch den Mann untersuchen und bei demselben, aufser der Sklerosennarbe und anderen syphilitischen Erscheinungen, auch Papeln im Rachen konstatieren.

Bei den zwölf auf diese Weise infizierten und von ihm beschriebenen Fällen waren in der Tätowierungszeichnung in einem Falle vier, in zwei Fällen drei, in sechs Fällen zwei und in drei Fällen je ein Initialaffekt aufgetreten.

WHITEHEAD [6] teilt aus demselben Jahre, angeregt durch die Publikation BARKERS, fünf Fälle mit, die er in Landour, Gebiet Himalaya in Indien zu beobachten Gelegenheit hatte. In allen fünf Fällen trat je eine Sklerose in der Tätowierung auf.

Über eine Massenverbreitung durch Tätowierung in Amerika berichten MAURY und DULLES [7]. Aus dem Jahre 1895 finden wir eine Veröffentlichung über diesen Gegenstand von G. BERGASSE [8] und von CHEINISSE [9] vor. Letzterer berichtet über einen im Hôpital Saint Éloa in Montpellier behandelten Fall, wo nach einer Tätowierung in der Zeichnung, welche die Abzeichen des Schmiedehandwerkers darstellte, am rechten Vorderarme

fünf Sklerosen aufgetreten waren. THOMAS[10] publiziert drei Fälle von Syphilisübertragung durch Tätowieren, welche von ihm in Garston bei Liverpool beobachtet wurden, wo ein Bediensteter einer herumziehenden Ringelspielgesellschaft um einen Schilling das Tätowieren besorgte. Es liefsen sich zahlreiche Matrosen von ihm also verschönern, dieselben verreisten jedoch bald wieder, sodafs nicht konstatiert werden konnte, ob sie infiziert worden sind oder nicht. Von der einheimischen Bevölkerung acquirierten aber drei in seiner Behandlung gestandene Patienten die Lues. Bei einem von ihnen traten drei Sklerosen in der Tätowierung auf.

Fig. 1.

Fig. 2.

Aus meiner eigenen Beobachtung kann ich nachstehenden Fall anführen: Im k. und k. Marine-Spitale in Pola stand vor vier Monaten ein Mann auf der chirurgischen Abteilung wegen eines externen Leidens in Behandlung, der unter den Matrosen sich eines Rufes als Künstler im Tätowieren erfreute. Er wurde unter anderen von einem Sanitätsmatrosen, sowie auch von einem an chronischer Gonorrhoe und Harnröhrenstriktur erkrankten Matrosen ersucht, ihnen das Abzeichen ihrer Dienstespezialität auf den Vorderarm zu tätowieren. Fast jeder Matrose unserer Kriegs-

marine läfst sich nämlich auf einen Vorderarm seine Dienstspezialität verewigen, wobei das Bild meistens folgendes ist: Oben die Kaiserkrone, darunter das eigentliche Abzeichen der Spezialität und unten die Jahreszahl seiner Assentierung.

Beide Tätowierten acquirierten durch die Tätowierung je eine Sklerose, die von Allgemeinerscheinungen begleitet wurde.

Leider war der Tätowierende, als die Sklerosen entdeckt wurden, schon aus dem Krankenstande entlassen und, da er seiner Militärpflicht bereits Genüge geleistet hatte, auch beurlaubt worden, sodafs eine Untersuchung des Mannes nicht vorgenommen werden konnte.

Fig. 1 stellt die Tätowierung am linken Vorderarme beim Sanitätsmatrosen vor. Die Sklerose ist guldenstückgrofs, zeigt scharfe, mit einem weifsen Saum umgrenzte, knorpelharte Ränder. Das Geschwür selbst ist erhaben, dunkelroth, mit drüsig-unebenem Grunde. Fig. 2 versinnlicht die Tätowierungszeichnung des anderen Erkrankten, auf dessen rechtem Vorderarme. Dieselbe stellt das übliche Abzeichen der Torpedospezialität dar. Die Sklerose sitzt hier im unteren Drittel der Zeichnung und ist kronenstückgrofs.

Der infolge der Tätowierung in der Haut hervorgerufene Entzündungsprozefs, welcher sowohl durch die multiplen Stiche, als auch durch die irritierenden Farbstoffe, sowie endlich infolge der Einwanderung von Mikroorganismen entstehen mufs, kann als Reiz bei einem schon mit Syphilis Inficierten sowohl frische, sekundärluetische Manifestationen veranlassen, als auch bei einer neuerlichen Rezidive für syphilitische Efflorescenzen eine schon praedisponierte Stelle abgeben.

Durch die verdienstvollen Arbeiten TARNOWSKYS [11], sowie nach ihm von CHARMEIL [12], DELFORGE [13], NEUMANN [14], HAAN [15] etc., wurde die schon längst bekannte Thatsache, dafs die Syphilis an jenen Prädilektionsstellen besonders gerne rezidiviert, welche Reizungen ausgesetzt sind und dafs die syphilitischen Manifestationen desto intensiver sind, in je kürzerem Zeitraume die Reizung vor dem Ausbruche des Rezidives erfolgt ist, in das richtige Licht gestellt. Nicht nur durch fortwährend einwirkende Reize, wie konstanter Druck und Reibung, Maceration der Haut etc. kann es zur Entwickelung von Lokalaffektionen kommen, sondern auch geringfügige Reize, wie Blutegelstiche (NEUMANN), Mückenstiche (AMBROSICH) können zur Entwickelung von Papeln führen. Als Beispiel hierfür sei ein eben jetzt bei uns auf der Abteilung mit Krätze und rezenter allgemeiner Syphilis in Behandlung stehender Matrose angeführt, bei welchem aufser makulösen Efflorescenzen, an den von den Milbengängen gereizten Hautpartien, am Stamme und an den Extremitäten, ein gruppiert-papulöses Exanthem entstanden ist.

Ebenso kann bei der Eruption des Exanthems die kurz vorher stattgefun-

dene Tätowierung vom Einflusse sein. Als Beispiel führe ich einen mir von meinem Kameraden Linien-Schiffsarzt Dr. A. PLUMERT mitgeteilten Fall an, welchen derselbe im Verlaufe des heurigen Sommers als damaliger Chefarzt der Abteilung für Harn-, Haut- und Geschlechtskrankheiten im k. und k. Marine-Spitale in Pola zu beobachten Gelegenheit hatte und auch photographieren liefs. Ich selbst habe den schönen Fall leider nur mehr im halbgeheilten Zustande zu Gesichte bekommen.

Mathäus C. Heizer III. Kl. wurde am 1. September d. J. wegen eines Syphilisrezidivs ins k. und k. Marine-Spital transferiert. Bei der Aufnahme fand man über dem Stamme und auf den inneren Flächen der Oberarme ein teilweise schuppendes, kreisförmig angeordnetes Exanthem, Psoriasis palmaris et plantaris. Am inneren Blatte des Präputiums einige nässende Papeln, am Hodensacke sowie um den After herum nässende Condylome. Die Schleimhaut der Lippen und der Wangen mit zahlreichen Plaques besät, ebenso Papeln auf den Tonsillen. Impetigo capitis syphilitica. Lymphdrüsen sind allenthalben geschwollen.

Fig. 3.

Zwei Wochen vor dem Auftreten des Rezidivs liefs sich der Heizer das Abzeichen seiner Dienstspezialität auf den rechten Unterarm eintätowieren. Bei der Eruption des Syphilides bildeten sich längst den blauen Tätowierungslinien linsengrofse in einander konfluierende Papeln mit schuppender Oberfläche, wodurch die ganze Zeichnung reliefartig über die Haut hervorragte (Fig. 3).

Aber auch Jahre vorher stattgefundene Tätowierungen können die Eruption des Exanthems beeinflussen. Als Beispiel hierfür sei nachfolgender Fall angeführt:

Am 8. November 1898 stellte Professor Dr. S. RÓNA in der Gesellschaft der Ärzte der öffentlichen Krankenanstalten in Budapest einen Fall unter der Diagnose: „Auf tätowierte und lupöse Stellen lokalisierte Syphilide" vor, und ich erlaube mir, die Beschreibung des mir von ihm in liebenswürdigster Weise brieflich mitgeteilten Falles in extenso wiederzugeben.

„J. J. trat am 24. Oktober 1899 wegen recenter Syphilis auf der Abteilung Rónas im St. Stephanspital in den Krankenstand.

St.' pr.: Primärsklerose auf der Vorhaut. Am Stamme zwischen zerstreuter Roseola syphilitica Gruppen von lichenoiden Syphiliden. Letztere sind in auffallender Menge und zu grofsen Gruppen gehäuft auf den Unterschenkeln angeordnet. Was das Auffallendste bei der Untersuchung dieses Kranken war, ist der Umstand, dafs auf den Armen, auf jenen Stellen, welche noch im Jahre 1896 tätowiert worden sind, eine sehr intensive Syphiliseruption, am linken Vorderarme sogar ein flachhandgrofses, diffus dunkelrotes Erythem entstand.

Ebenso waren einzelne Lupusherde von einem ebensolchen Exanthem und Gruppen von Papeln umgeben."

Nach Rónas Ansicht finden diese Erscheinungen in den veränderten histologischen, speziell Vaskularisationsverhältnissen ihre Erklärung.

Aus den angeführten Fällen ist ersichtlich, dafs die Tätowierung in zweierlei Weise eine Rückwirkung auf die Syphilis ausübt: erstens kann durch Tätowierung die Syphilis verbreitet werden und zweitens können schon bei erfolgter Infektion an den tätowierten Stellen spezifische Veränderungen interessantester Art hervorgerufen werden. Aus diesem Grunde glaube ich die mitgeteilten Fälle als nicht ganz uninteressant erwähnen und der Aufmerksamkeit der Fachkollegen empfehlen zu dürfen.

Litteraturverzeichnis.

1. Baumgarten, Lehrbuch der pathologischen Mykologie. II. 1890. S. 610.
2. Hutin, Recherches sur le tatouage. *Bulletin de l'Académie de médicine.* 1853. S. 349.
3. A. Josias, Transmission par le tatouage. *Le progrès medical.* V. 1877.
4. Robert, Inoculations syphilitiques accidentellement produit par le tatouage. *Memoires de médicine militaire.* 1879. S. 609.
5. F. R. Barker, M. B. London, Notes of Cases on an outbreak of Syphilis following on tattooing. *The British medical Journal.* May 4. 1889. S. 985.
6. H. R. Whitehead, Notes on an outbreak of syphilis following tattooing. *The British medical Journal.* Sept. 14. 1889. S. 601.
7. Maury et Dulles, Syphilis communiquée par le tatouage. *Amer. Journal.* 1878. Ref. in *Revue de Sciences médicales.* XII. S. 609.
8. G. Bergasse, Nouveaux faits de syphilis par tatouage. *Archive de méd. et pharm. militaires.* Paris XXV. S. 203.
9. L. Cheinisse, Chancres syphilitiques multiples consecutifs. *Annales de dermat. et de syphilographie.* 1895. VI, S. 1.
10. W. Thomas, Three cases of tatoo. *Brit. Journ. of dermat.* S. 487.
11. Tarnowsky, Reizung und Syphilis. *Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* 1877.
12. Charmeil, Syphilis et irritation. *Echo méd.* 1897. Bd. I.
13. Delforge, Des rapports de la syphilis avec le traumatisme. *Arch. méd. belges.* Bruxelles 1896. 4. Série. VII, S. 361.
14. I. Neumann, Reizung und Syphilis. *Allg. medis. Ztg.* 1885. No. 27—29.
15. P. Haan, Syphilis et irritation de cause externe traumatique, pathogenie de certaines syphilides. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1876.

Über die Alopecia areata.

Von

Prof. V. Mibelli.

Die Alopecia areata, wie man sie in Italien beobachtet, entspricht in klinischer Hinsicht vollständig den Beschreibungen der hauptsächlichsten klassischen Autoren von Bateman an.

Die Affektion läfst sich leicht diagnostizieren und kaum mit dem Herpes tonsurans oder anderen Formen von circumscripter Alopecie verwechseln, die Sabouraud ganz richtig und in sehr detaillierter Weise getrennt beschrieben hat.

Die klinischen Merkmale, welche diese Form der Alopecie charakterisieren, sind folgende: Ihre Verteilung in circumscripten Scheiben, die Atrophie der Haarwurzeln, die im Ausfallen begriffen sind, die Brüchigkeit des atrophischen Haarschaftes, in Folge welcher öfters das Haar, bevor es ausfällt, ganz in der Nähe des Follikels abbricht, und einen kleinen Stumpf in Gestalt eines Ausrufungszeichens bildet (poil peladique von Sabouraud). Ein anderes ganz negatives Merkmal besteht in dem Fehlen jeder anderen krankhaften Erscheinung im Bereiche der kahlen Fläche.

Die Alopecia areata heilt meist innerhalb eines mehr oder weniger langen Zeitraums, zuweilen selbst spontan und ohne jede Behandlung. Öfters aber recidiviert sie selbst Monate und Jahre nach erfolgter vollständiger Heilung. Derartige Anfälle können sich in der Folge noch öfters wiederholen. Die Fälle, wo nach Alopecia areata vollständige und unheilbare Kahlheit zurückbleibt, sind dagegen selten.

Die Anwendung von reizenden Substanzen auf die kahlen Stellen beschleunigt die Restitutio ad integrum. Unter diesen Substanzen hat mir die Karbolsäure, mit den erforderlichen Vorsichtsmafsregeln angewendet, die besten Resultate geliefert.

Nach meinen persönlichen Beobachtungen und den Mitteilungen von Kollegen zu schliessen giebt es in Italien eine einzige Form von Alopecia areata und nichts rechtfertigt die von Sabouraud vorgeschlagene Unterscheidung in eine Alopecia areata von Celsus und eine solche von Bateman. Die in Italien zur Beobachtung gelangende Form der

Dermatose entspricht der von SABOURAUD sogenannten Pelade ophiasique de Celsus, mit dem Unterschiede jedoch, dafs sich die betreffenden von SABOURAUD beschriebenen Plaques nicht allein „in occipito — ad aures — ad frontem“ sondern auch an jeder anderen Stelle des Haarbodens finden und zwar nicht allein bei Kindern unter zwei Jahren sondern in jedem Alter.

Wenn ich mich an meine persönlich beobachteten Fälle halte, so mufs ich erklären, dass diese Form der Alopecia areata, welche SABOURAUD (nach meiner Ansicht irrtümlicherweise) Pelade de BATEMAN oder besser Pelade séborrhéique genannt hat, in Italien gar nicht oder doch nur ausnahmsweise vorkommt.

Wie ich mich im Verlaufe von 15 Jahren überzeugen konnte, sind die an Alopecia areata leidenden Patienten keineswegs immer Seborrhoiker und weisen die Plaques die klinischen und bakteriologischen Eigenschaften, die SABOURAUD bei seiner fetten Seborrhoe beschreibt, nicht auf.

Ich mufs allerdings gestehen, dafs ich die Alopecia areata seborrhoica von SABOURAUD nicht kenne und dafs es mir unmöglich ist, jene Form von Alopecie in Scheiben, die mir allein bekannt ist, der seborrhoischen Infektion zuzuschreiben.

Auch ich gebe zu, dafs die seborrhoische Infektion die hauptsächlichste determinierende Ursache der jedermann bekannten frühzeitigen Kahlheit bildet und auch eine circumscripte Alopecie veranlassen kann. Wenn ich mich aber nicht irre, entspricht die wahre, klassische Alopecia areata nicht der Pelade séborrhéique von SABOURAUD, sondern von CELSUS, mithin der Area Celsi. Von dieser Alopecia areata oder klassischen Area Celsi hat SABOURAUD zuerst die ophiasische Form illustriert. Aus seinen späteren Publikationen geht dann aber hervor, dass er bereits eingesehen hat, dass die hauptsächlichsten Merkmale der Affektion nicht in der besonderen Lokalisation liegen und eben so wenig in der Verteilung oder in der Gestalt der kahlen Flächen. Er sah sich deshalb genötigt, das klinische Bild der Affektion zu erweitern und in dasselbe eine grössere Anzahl von Fällen aufzunehmen. Nach meiner Ansicht entspricht die Pelade séborrhéique der Pelade von SABOURAUD und nicht der Porrigo decalvans von BATEMAN.

Nach meiner Auffassungsweise ist die Alopecia areata keine contagiöse Krankheit. Dafs es sich dabei um eine kryptogamisch-parasitäre Dermatose handelt, läfst sich heutzutage nicht mehr annehmen, da es erwiesen ist, dafs die Haare ausfallen, weil sie von Atrophie befallen sind, das heisst in Folge einer primären Affektion des haarbildenden Bodens. Es findet also das Umgekehrte statt, wie bei den parasitären Krankheiten des Haares, wo der Haarausfall eine sekundäre, keineswegs ausnahmslose Erscheinung bildet. An die parasitäre Natur der Alopecia areata wird

wohl heute niemand mehr glauben wollen, nachdem alle in diesem Sinne unternommenen Untersuchungen ein negatives Resultat ergeben haben; wo diese positiv ausgefallen sind, handelte es sich stets um einen Irrtum in der klinischen oder mikroskopischen Diagnose.

Vorausgesetzt nun, die Alopecia areata sei keine parasitäre Affektion, so handelt es sich darum zu wissen, ob sie vielleicht nicht eine mikrobische Krankheit im modernen Sinne des Wortes sei. Diese Auffassungsweise läfst sich prinzipiell nicht abweisen, da man a priori leicht begreift, wie eine mikrobische Ursache direkt und primär auf die haarbildenden Elemente wirken kann; dies um so mehr als dieselbe Ursache eine toxische Wirkung ausüben könnte, die im stande wäre, das Leben des Haares aufzuheben und den Haarboden, so lange sie wirksam ist, steril zu machen. Eine Stütze dieser Hypothese läfst sich ferner aus den Analogien ziehen. Jedermann weifs nämlich, dafs es mikrobische, toxisch-infektiöse und rein toxische Alopecien giebt. Auf Grund dieser Auffassungsweise läfst sich endlich eine annehmbare Theorie über die Pathogenese der Alopecia areata aufbauen.

Nimmt man nämlich an, dafs besondere Bakterienarten dabei in Frage kommen, so weifs man auch, wie das pathogene Vermögen dieser letzteren von den verschiedensten äufseren und inneren Ursachen abhängt. Daraus läfst sich wiederum ableiten, dafs mehrere dieser Bedingungen zusammen, oder auch blofs eine derselben, ebenso wohl als die Mikroorganismen selbst zur Erzeugung der Alopecie notwendig sind. Angesichts dieser Theorie über die mikrobische Natur der Affektion verlieren aber alle jene Beobachtungen ihren Wert nicht, die zur Aufklärung der klinischen Ätiologie der Krankheit gesammelt wurden.

Wenn aber eine mikrobische, toxische oder toxisch-infektiöse Ursache im stande ist, Alopecia von verschiedenen Formen zu erzeugen und wenn man annimmt, dafs Agentien von derselben Ordnung auch die Alopecia areata hervorrufen können, welches ist da die besondere Bedingung zum Haarausfall in begrenzten Flächen? Die Ursache hiervon mufs offenbar im Nervensystem gesucht werden.

Die Möglichkeit, dafs Veränderungen des Nervensystems bei der Pathogenese der Alopecia areata in Frage kommen, ist klinisch und experimentell erwiesen. Meine eigenen Experimente an Tieren liefern ebenfalls einen Beitrag hierfür. Sowohl die klinische Beobachtung als Versuche im Laboratorium haben gezeigt, wie eine nervöse Läsion thatsächlich eine wahre Alopecie in Feldern nach sich ziehen kann. Auch in dem Fall, wo sich neuropathische Erscheinungen nicht nachweisen liefsen, tragen derartige positive Ergebnisse zur Unterstützung der Theorie von der Beteiligung des Nervensystems am pathogenetischen Prozefse der Affektion bei.

Bei dieser Gelegenheit will ich einschalten, dafs das Problem von der Pathogenese der Alopecia areata auf denselben Prinzipien beruht, wie diejenige des Herpes zoster.

Auch der Herpes, wie die Alopecia areata, kann durch die verschiedensten Ursachen veranlasst werden, so nach einfachen Traumen, Infektionen, Intoxikationen oder primären Krankheiten des Nervensystems. Andererseits läfst sich, in der Mehrzahl der Fälle die nächste Ursache nicht entdecken oder auch nur vermuten.

Auch beim Zoster haben klinische und anatomopathologische Thatsachen gezeigt, dafs die Hautveränderungen sekundär nach Störungen des Nervensystems auftreten. In der Mehrzahl der Fälle jedoch läfst sich der Beweis hierfür nicht erbringen. Trotzdem wird gegenwärtig allgemein angenommen, dafs die Krankheit auf eine zentrale oder pheriphere Läsion des Nervensystems zurückzuführen sei, die sich in irgend einem Punkte eines sensiblen Neurons entwickelt hat. (Blaschko).

Für sich allein genügt jedoch die nervöse Störung nicht, den ganzen pathogenetischen Mechanismus zu erklären. Es gewinnt deshalb heutzutage diejenige Theorie immer mehr Boden, welche annimmt, dafs die erste Veranlassung zur Entwickelung eines Zoster eine Infektion oder Autoinfektion sei, der eine Art von elektiver Wirkung auf das Nervensystem zugeschrieben wird.

Die Untersuchungen von Head haben gezeigt, dafs sich die Zostereruption in bestimmten Hautbezirken zeigt (schmerzhafte Zonen von Head), welche der Autor genau bestimmt hat und welche den Ausbreitungsbezirken sensibler Nervenfasern entsprechen, speziell denjenigen, welche der Schmerz- und thermischen Sensibilität vorstehen.

Derselbe Autor hat auch für das Gesicht und den Haarboden die Ausbreitung und die Abgrenzung von Hautzonen bestimmt, die er in Bezug auf die Sensibilitätsstörungen mit denen des Rumpfes vergleicht.

Es läfst sich aber noch nicht mit aller Bestimmtheit versichern, dafs diese Resultate der physiopathologischen Untersuchung ohne weiteres auf die Topographie der Alopecieplaques passen, wie dies für diejenige des Zoster festgesetzt worden ist. Es wird sich aber jedenfalls in Zukunft darum handeln, nachzuweisen, ob der häufigste Sitz, die Ausbreitung und die Gestalt der kahlen Flächen den schmerzhaften Zonen von Head entsprechen.

Unterdessen haben sich pathogene Bedingungen infektiös-toxischer und neuropathischer Natur als die einzigen zur Erklärung der Alopecia verwendbaren Elemente erwiesen. In Anbetracht der für Alopecia areata typischen Ausbreitung in abgegrenzten Zonen kann man nicht umhin anzunehmen, dafs der atrophische Haarausfall bei dieser Krankheit durch eine Innervationsstörung infektiöser oder toxischer Art und durch einen

analogen Mechanismus verursacht wird, wie man ihn gegenwärtig zur Erklärung der Pathogenese des Herpes zoster annimmt.

Erwiesen ist aber diese Theorie gegenwärtig noch keineswegs. Sie ist aber die einzige, die sich mit den disparaten Thatsachen in Einklang bringen läfst, die uns die Klinik täglich vor Augen führt, und scheint mir aus diesem Grunde hauptsächlich in Betracht zu ziehen sein.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Aus der Praxis.

„Ichthyol"-Eisen und „Ichthyol"-Calcium.

Von

P. G. Unna.

Die Empfehlung des Ichthalbins durch Sack als eines zuverlässigen Ichthyolmittels ohne jede unangenehme Nebenwirkung auf die ersten Wege hat die Veranlassung gegeben, noch einige andere Ichthyolverbindungen herzustellen von ähnlicher Indifferenz bei Einführung in den Organismus. Ich mufs gestehen, dafs ich in meiner Praxis nie so recht das Bedürfnis nach einer „angenehmeren" Form des Ichthyols als wie wir sie in der Lösung, den Pillen (saccha riert und keratiniert) und Kapseln besitzen, empfunden habe und dafs ein solches Bedürfnis nicht der Grund war, weshalb ich mich eingehender mit diesen Ichthyolverbindungen beschäftigte. Es gehört das in das Kapitel der suggestiven Therapie, verdient aber doch, besonders zum Nutzen der jüngeren Kollegen, einmal gesagt zu werden. Ich glaube in den 17 Jahren, welche ich nun das „Ichthyol" in grofsem Umfange innerlich verordne, deshalb nie auf Widerstand bei meinen Patienten gestofsen zu sein, auch wenn ich, wie meistens, die wässerige Lösung (1 : 2 aq.) tropfenweise mit Wasser verdünnt verordnete, weil ich nie hinzuzufügen vergafs, dafs der Geschmack ziemlich, der Geruch sehr unangenehm sei, aber nach 14 Tagen Gewöhnung an beides eintrete und weil ich die Lösung selbst nur dann verordnete, wenn die Patienten auf Befragen angaben, dafs sie „alles einnehmen könnten". Der stereotype Gang der Dinge ist dann der folgende: Die Patienten bezwingen sich im Anfange etwas, gewöhnen sich rasch an den Geschmack und Geruch, nach etwa 14 Tagen läfst das Aufstofsen nach Ichthyol nach, und von da ab steigere ich die Dosis von dreimal 5 Tropfen der $^1/_3$-Lösung allmählich bis auf dreimal 30 Tropfen derselben, was etwa $1^1/_2$ g Ichthyol

gleichkommt. Ich bin sicher, daſs es mir wie so vielen Ärzten ginge, die behaupten, ihre Patienten vertrügen die Lösung nicht, wenn ich das Ichthyoleinnehmen vorher nicht schwieriger hinstellte als es in Wirklichkeit ist und die Lösung auch sehr sensiblen Patienten verordnete.

Der groſse Wert der Verordnung der reinen Lösung in viel Wasser besteht — ganz abgesehen von der Billigkeit der Verordnung armen Patienten gegenüber — darin, daſs ich in kurzer Zeit erfahre, ob die ersten Wege sich an das Ichthyol gewöhnt haben oder ob, eine sehr seltene Ausnahme, dies nicht eintritt. Im ersteren Falle kann ich auch sicher auf die gewünschte Ichthyolwirkung rechnen und zuversichtlich die auf Dauer berechnete Medikation weiter verordnen, meines nach Wochen oder Monaten eintretenden Erfolges sicher. Auch der Patient gewinnt durch die ihm selbst auffallende Gewöhnung besonderes Vertrauen zu dem Medikament, ja häufig eine Leidenschaft für dasselbe — ähnlich wie beim Leberthran — und auch diese Autosuggestion, befördert durch das täglich sich mehrende Wohl- und Kraftgefühl, erleichtert nun die Behandlung auſserordentlich.

Tritt in seltenen Fällen diese Gewöhnung nicht ein oder handelt es sich um äuſserst sensible Patienten, so gab ich früher die Pillen oder Kapseln, aber ohne die Genugthuung, den Gewöhnungsprozeſs selbst deutlich beobachten und prognostische Fingerzeige daraus gewinnen zu können.

Für diese Fälle gebe ich nun neuerdings mit gutem Erfolge die Verbindungen Ichthyoleisen (Ferrichthol genannt) und Ichthyolcalcium, die in der Form von komprimierten Tabletten zu 0,1 in den Handel gebracht werden. Beide Verbindungen sind geschmack- und geruchlos und für die ersten Wege ebenso indifferent wie Ichthalbin. Es zeigte sich aber bald, daſs sie ihren Komponenten ensprechend günstige Nebenwirkungen besitzen, die sich häufig bei Hautkrankheiten verwenden lassen.

Das Ferrichthol habe ich bei vier verschiedenen Kategorien von Fällen nützlich gefunden. Erstens bei allen chronischen Angioneurosen und neurotischen Entzündungen, der chronischen Urticaria und den analogen makulösen, papulösen und bullösen Erythanthemen, dem Lichen urticatus der Kinder, bei sämtlichen Purpuraformen und bei Hydroa (Duhrings Krankheit). Die Darreichung des Ferrichthols in der Dosis von 1—2 g täglich ist eine wertvolle Zugabe zur äuſseren Pastenbehandlung dieser Erkrankungen.

Eine zweite Kategorie bilden die Fälle von komplizierender echter Chlorose und von sekundärer gewöhnlicher Anämie bei sehr chronischen und ausgebreiteten Infektionskrankheiten der Haut, vor allem bei Gesichtslupus und hartnäckigen tertiären Syphiliden des Kopfes und der Unterschenkel. Es trifft hier wohl die Eisenwirkung mit der

die Cirkulation am Kopfe und den Extremitätenenden regulierenden Wirkung des Ichthyols zusammen. Hieran schliefsen sich die Fälle universellen Ekzems bei anämischen Personen, besonders wo die mit Epithelverdickung und heftigem Jucken einhergehende prurigi-nöse Veränderung der Haut sich ausgebildet hat und Neigung zu bronchialem Asthma besteht und endlich jene hochgradigen Fälle von seborrhoischer Alopecie bei Frauen mittleren Lebensalters, wo allgemeine Anämie eine ernste Komplikation ausmacht und die äufsere Behandlung allein versagt.

Als dritte Indikation betrachte ich die Varicen der Unterschenkel bei anämischen Frauen, die mit Ermüdung, Schmerzen und Ödem der Fufsgelenkgegend einhergehen, Anzeichen einer Hypertonie der Gefäfsmuskulatur. Es ist überhaupt noch nicht genügend bekannt, dafs das Ichthyol allein ein hervorragendes, ja das einzige Mittel ist, das lange fortgenommen, bei varikösen Beschwerden jeder Form hilft, die auf den begleitenden übermäfsig angespannten Tonus der Hautgefäfse zu beziehen sind.

Eine vierte und nicht unwichtige Indikation stellen endlich nach meiner Erfahrung die Fälle, wo wir aus irgend welchen Gründen eine lange anhaltende Arsenmedikation durchführen müssen, wie bei Lichen, Pemphigus, Nagelekzem, Skleronychie u. s. f. Ohne die günstige Arsenwirkung aufzuheben oder zu beeinträchtigen, erlaubt der nebenher fortgesetzte Gebrauch des Ichthyoleisens, die Arsengaben zu steigern und die unangenehmen Nebenwirkungen des Arsens auf den Darmkanal und die Schleimhäute fernzuhalten.

Diesem Reichtum an Indikationen des Ichthyoleisens gegenüber habe ich bis jetzt für das Ichthyolcalcium nur eine gefunden, aber kann wohl sagen, dafs hier das Ichthyolcalcium eine früher empfundene Lücke wirklich ausfüllt. Es sind die oben schon berührten Fälle von Empfindlichkeit der Geschmacksnerven und des Magens, von ungewöhnlich starkem Aufstofsen und dauernder Idiosynkrasie der ersten Wege gegen Ichthyol. Hier leistet der Ersatz des Ichthyolammoniums durch das Ichthyolcalcium mehr als die blofse Darreichung in Form von Pillen, Kapseln oder Ichthalbin. Es wirkt geradezu als Heilmittel gegen diese Idiosynkrasie und Überempfindlichkeit. Es lag nahe, auf diese Erfahrung hin, das Ichthyolcalcium auch in die Kinderpraxis einzuführen und dort zu geben, wo Ichthyol (Lichen urticatus, chronisches Ekzem) indiziert aber durch gleichzeitige Dyspepsie kontraindiziert erscheint. Auf diese mehrfach bewährte Indikation möchte ich vor allem die Kinderärzte hinweisen. Man reicht den Kindern die Tabletten einzeln zwei- bis dreimal täglich, in Milch mit oder ohne Zucker verrührt.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Januar 1901.

Originalbericht von Dr. Druelle-Paris.

Gangrän der Finger bei einem Dementen, von Du Castel. Der Patient ist 48 Jahre alt und befindet sich seit mehreren Monaten in einem Zustande vollständiger Demenz. Gegenwärtig leidet er an einer trockenen Gangrän des linken Ring- und rechten Zeigefingers. Auf reizendes Verbandmaterial, wie etwa Karbolsäure, läßt sich die Affektion nicht zurückführen. Ebenso scheint es sich auch nicht um eine senile Gangrän zu handeln, weil die Arterien nicht atheromatös sind. Auch Ergotinvergiftung ist auszuschließen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine durch den nervösen Zerfall des Individuums vorbereitete Affektion, bei der eine leichte Erkältung als Gelegenheitsursache gewirkt hat.

Renault hat im Bicêtrehospiz ähnliche Fälle beobachtet. Diese Affektion, bei der eine besondere, noch unbestimmte Beanlagung des Nervensystems im Spiele ist, pflegt zu rezidivieren und wird nicht allein an den Fingern und Zehen sondern auch an den Ohren beobachtet.

Purpura nervösen Ursprungs, von Du Castel. Ein 19jähriges Mädchen zeigt seit drei Monaten Schübe von Purpuraerythemen mit Blaseneruptionen. Da jede organische Störung ausgeschlossen ist, nimmt der Autor, in Anbetracht des Verlaufes der Affektion und der Associationen der Läsionen, einen nervösen Ursprung der Eruption an.

Durch interkurrierende Variola verschlimmerte Syphilis, von Du Castel. Eine Frau, die seit 18 Monaten an gutartig verlaufender Syphilis litt, erkrankte vor sechs Wochen an Variola. Während der Rekonvalescenz dieser letzteren Krankheit nahm die Syphilis einen bösartigen Verlauf, indem zahlreiche ulcerokrustöse Syphilide auftraten. Dasselbe ist aber nicht allein bei der Variola sondern bei allen akuten Infektionskrankheiten der Fall.

Raynaudsche Krankheit, von Du Castel. Dem Patienten mußte vor einigen Jahren wegen Gangrän die linke große Zehe amputiert werden. Alle Winter zeigen sich bei ihm ausgesprochene asphyktische Erscheinungen des rechten Fußes. Seit verflossenem September hat sich dies noch stärker ausgeprägt und gegenwärtig sieht man am rechten Fuße über der ersten und der zweiten Zehe oberflächliche Schorfe. Der linke Fuß ist frei. Der Patient ist syphilitisch aber trotz einer dreimonatlichen antisyphilitischen Behandlung hat sich keine Besserung in seinem Zustande gezeigt. Eine allgemeine Verengerung der Arterien scheint bei ihm die Veranlassung, wenn nicht die Ursache der beschriebenen Veränderungen gewesen zu sein.

Hallopeau: Der Fall ist denen an die Seite zu stellen, die er unter der Bezeichnung Acrodermatites continues beschrieben hat.

Schübe von bullösen, rupiaartigen Plaques in der Umgebung von Psoriaselementen. Hallopeau stellt einen Fall von Psoriasis vor, bei dem mehrere schuppige Plaques von einer blasenartigen Auftreibung, wie bei Rupia, umgeben sind. An anderen Stellen findet man ein Epidermisbändchen, dem dieselbe Bedeutung zugeschrieben werden muß, nur fehlt hier das Exsudat.

Du Castel meint, dafs es sich schwerlich um eine eigentliche Blasenbildung, sondern vielmehr um ein rasches Vertrocknen der Schuppe handeln dürfte, welche sich sodann leicht loslöst.

Raynaudsche Krankheit, von Fournier und Sabaréanu. Die Affektion hat bei der nun 30jährigen Patientin vor vier oder fünf Jahren begonnen und zwar mit einer Reihe von Gefühlsstörungen an der kranken Hand. Aufserdem wurden bei ihr am linken Beine Geschwüre von unbestimmter Natur konstatiert. Gegenwärtig verläuft die Affektion unter dem Bilde der Raynaudschen Krankheit. Der Gangrän geht lokale Synkope und Asphyxie voraus.

Heredosyphilitische Mifsbildung des Ohres, von Fournier und Detot. Frau mit heredosyphilitischen Stigmata: mangelhafte Zahnbildung, Retinitis pigmentosa, spezifische Ulcerationen an den Vorderarmen. Aufserdem konstatiert man bei ihr Narben an der rechten und Mifsbildung der linken Ohrmuschel. Diese Mifsbildungen des Ohres unter dem Einflusse der hereditären Lues sind häufig und verschiedenartig: bald betreffen sie den Helix, bald das Ohrläppchen, bald die ganze Ohrmuschel, die sie in der sonderbarsten Weise verändern.

Behandlung der weitverbreiteten Tuberkulide mit Kollodium, von Balzer und Alquier. Es handelt sich um einen in der Novembersitzung bereits vorgestellten Patienten. Nach Exstirpation eines kleinen Hautstückes behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein Kollodiumverbändchen angelegt. Es zeigte sich, dafs die Efflorescenzen, welche von dem Kollodium berührt worden waren, heilten. Die Behandlung wurde natürlich sogleich auf die anderen Elemente ausgedehnt und damit eine beinahe vollständige Heilung der Affektion erzielt. Leider verlangte der Patient zu früh seinen Austritt.

Darier: Die Tuberkulide werden von der Therapie in verschiedener Weise beeinflufst. Einzelne heilen beinahe spontan und vielleicht gehört der Fall von B. in diese Kategorie. Jedenfalls wird man kaum mit dem Kollodium stets dasselbe Resultat erzielen.

Hereditäre Syphilis und plötzlicher Tod, von Gastou. Der Fall betrifft ein sechs Wochen altes Kind, das wegen ulceröser Syphilide an den Nates von Fournier behandelt worden war. Bisher ganz kräftig, erkrankte es plötzlich mit Diarrhoen und Dyspnoe, die sich durch den stethoskopischen Befund nicht erklären liefs. Es starb plötzlich nach einer Epistaxis. Bei der Sektion fand man die typischen Eingeweidelläsionen der hereditären Lues. Speziell konstatierte man fibröse Netze, die sich von der Pfortader nach dem Mesenterium und den Lymphdrüsen erstreckten. Die seit 20 Jahren syphilitische Mutter des Kindes hatte zuvor fünf andere gehabt, von denen die zwei ersten ganz klein starben und die drei letzten mehr oder weniger ausgeprägte Stigmata von hereditärer Lues aufweisen. Nun aber scheint der Vater dieser fünf Kinder gar nicht syphilitisch zu sein, während es derjenige des vorgestellten Kindes zweifellos ist. Bemerkenswert ist somit der Umstand, dafs der Einflufs der mütterlichen Syphilis, der an Bedeutung abzunehmen anfing, durch die Syphilis des Vaters von neuem angefacht wurde.

Barthélemy: Ich habe einen identischen Fall von plötzlichem Tode bei hereditärer Syphilis beobachtet, ohne dafs die ebenfalls ausgeführte Sektion zum Nachweise von visceralen Läsionen geführt hätte. Der Einflufs der väterlichen Syphilis ist übrigens sehr wichtig: sehr oft trifft man Stigmata von hereditärer Lues bei Kindern, deren Vater unzweifelhaft syphilitisch ist, und bei deren Mutter man nichts von einer Infektion nachweisen kann. Übrigens können sich die Erscheinungen der hereditären Lues erst spät im Leben zeigen.

Fournier: Dieser plötzliche Tod ist nichts seltenes bei hereditären Luetikern.

Barthélemy hat 27 Fälle in der Litteratur gesammelt, bei denen sich die Ursache nicht nachweisen liefs. Wir haben selbst häufig hereditäre Syphilitiker gesehen, die sich zunächst der besten Gesundheit zu erfreuen schienen und dann plötzlich ohne vorhergehende Symptome in ganz jugendlichem Alter starben.

Jullien: Diese Betrachtungen passen ebenso gut auf die sekundäre Lues, die ebenfalls häufig tötlich verläuft.

Tertiäres phagedänisches Geschwür des Penis bei einem hereditären Syphilitiker, von Edm. Fournier. Ein 19jähriger Patient hatte acht Geschwister, von denen die sechs ersten früh gestorben sind. Der Hutchinsonsche Symptomenkomplex ist deutlich vorhanden: Abnahme des Gehörs rechts, Zahnläsionen. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung konstatiert man Veränderungen des Augenhintergrundes: Verschwommene Papillenränder, Pigmentationen in der Umgebung derselben, voluminöse Venen. Im Alter von 13 Jahren litt er an einer Ulceration des rechten Beines, welche eine sternförmige Narbe und eine Hyperostose der Tibia zurückgelassen hat. Später Erscheinungen von interstitieller Keratitis. Die gegenwärtige Läsion am Penis hat vor drei Monaten mit einer Phimosis und einer eitrigen Sekretion begonnen. Vor einem Monat entstand eine gewaltige Anschwellung des Penis, worauf man das Präputium resezierte; unter demselben zeigte sich ein phagedänisches Geschwür, das an der unteren Fläche der Glans lag, von der bereits ein Teil unter Perforation der Urethra zerstört war.

Da alle Zeichen einer acquirierten Lues fehlen und sich auch nichts hiervon aus der Anamnese feststellen liefs, hat F. hereditäre Syphilis angenommen. Die gemischte Behandlung hat denn auch einige Besserung herbeigeführt.

Hutchinsonsche Stigmata auf den Milchschneidezähnen, von E. Fournier. Das Hutchinsonsche Zeichen erscheint gewöhnlich erst an den bleibenden Zähnen. Bei einem vierjährigen hereditären Syphilitiker, der vollständig blödsinnig war, zeigten die mittleren oberen Schneidezähne dieses Zeichen: sie sind rundlich konvergierend und mit einer kronenartigen Einkerbung versehen.

Barthélemy hat bei Heredosyphilitikern öfters ausgesprochene Läsionen der Milchzähne beobachtet, während die bleibenden vollständig normal aussahen.

Pseudoalopecia areata, von Darier. Der Patient zeigt eine atrophierende, narbenbildende und persistierende Alopecie des Haarbodens, die zu einer Klasse von Alopecien gehört, deren Pathogenese nicht genau festgesetzt ist. Man mufs dieselben an die Seite der von Brocq beschriebenen favusartigen oder Pseudoalopecien stellen. Die Affektion hat vor 18 Monaten in der Gegend der Genitalien nach einer Eruption von Syphiliden in dieser Region begonnen. Sechs Monate nachher hat sie sich über den Haarboden ausgebreitet, wo man gegenwärtig eine netzartige Alopecie in Gestalt von vollständig kahlen Flecken mit intaktem Haarboden und ohne bemerkenswerte Folliknlitis konstatiert. Der Mann ist nicht allein Syphilitiker sondern noch hochgradiger Neurastheniker. Auf dem Rumpfe sieht man bei ihm multiple Lipome und Hydradenome. Ich weifs nicht, mit welchem ätiologischen Faktor ich diese Pseudoalopecia areata in Zusammenhang bringen soll.

Handelt es sich vielleicht um einen nervösen Einflufs? Oder sind Parasiten im Spiele und giebt es Fälle von Ansteckung bei dieser Affektion?

Fournier: Bei diesem anderen Patienten hatte ich zuerst an eine syphilitische Alopecie des Haarbodens gedacht in anbetracht der allgemeinen Lagerung der Läsionen. Bei genauerer Betrachtung habe ich sodann gesehen, dafs es sich um eine wahre Alopecie handelte.

Brocq: Es besteht kein Vergleich zwischen meiner Pseudopelade, an der der Patient von Darier in der That leidet, und der von Fournier so genannten Pseudo-

pelade. Meine Pseudopelade, der man diese Bezeichnung wohl lassen kann, kennzeichnet sich durch kahle narbenartige Inseln, in denen die Haare definitiv zerstört sind. Niemals findet man dabei, wie bei der wahren Alopecia areata, das Haar mit seiner typischen Gestalt eines Ausrufungszeichens. Nur selten zeigt sich etwas Rötung in der Umgebung des Haarfollikels, der im Begriffe steht zu atrophieren. Die die Plaque begrenzenden Haare bleiben vollständig gesund. Der Haarboden ist bei der Pseudoalopecie eingesunken, atrophisch und zeigt keine Follikel. Die Affektion zeigt von Anfang an mehrere Angriffspunkte. Die Begrenzung der kahlen Inseln ist eine unregelmäfsige geschlängelte.

Neben diesem ersten Typus haben wir zwei andere Gruppen von Affektionen aufgestellt, die von ersteren beträchtlich abweichen und zwar durch das Vorhandensein von Follikulitiden und entzündlichen Erscheinungen, die sie gewöhnlich begleiten. Die erstere dieser Gruppen entspricht der Acne decalvans von Laillier und Quinquaud; es handelt sich hier um perifollikuläre Pusteln, welche eine sehr rasche Zerstörung des Haares verursachen. Es bleiben Narben zurück, welche an diejenigen bei Favus erinnern.

Die zweite Gruppe wird vorzüglich im Barte beobachtet; ich habe dieselbe im Jahre 1885 unter der Bezeichnung „Sykosis lupoide" beschrieben, Ducrey und Stanhale später dann unter dem Namen „Dermite sycosiforme atrophiante". Man hat hier grofse in Haufen angeordnete follikuläre Pusteln, unter denen die Cutis rot, verdickt und tief infiltriert ist. Wenn Vernarbung eintritt, erinnert das Aussehen der Eruption an die Keloidakne des Nackens. Alle follikulären atrophischen Läsionen haben nichts gemein mit der Alopecie der Syphilitiker und können auch nicht mit der wahren Alopecia areata verglichen werden. Was den Ursprung der Affektion anbelangt, so ist derselbe unbekannt. Die bakteriologischen Untersuchungen haben uns in dieser Beziehung keine Anhaltspunkte geliefert. Mir sind keine Fälle von Übertragung bekannt.

Fournier: Läfst sich diese Alopecie in Anbetracht ihrer Natur nicht zur Parasyphilis rechnen?

Brocq: Ich habe sie sehr häufig bei Syphilitikern aber auch sehr oft bei nicht syphilitischen Individuen beobachtet.

Darier: Ich habe fünf Fälle von Pseudoalopecia areata gesehen und nur einmal bei einem Syphilitiker.

Symmetrische Adenolipomatose mit vorherrschender Lokalisation in der Cervikalgegend, von Bensaude. 46jähriger Alkoholiker, der aus einer an arthritischer Diathese leidenden Familie abstammt. Derselbe leidet seit sechs Jahren an diffusen, symmetrisch gelegenen Anschwellungen, die an verschiedenen Körpergegenden lokalisiert sind, besonders aber in der Gegend vor den Ohren, hinter den Warzenfortsätzen, oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeines, in den Achselhöhlen und in der Inguinal- und Sakralgegend. Grofse, geschlängelte Venen durchziehen die Venen der Regio supra- und subclavicularis, doch scheint es nicht zur Kompression der Organe im Mediastinum gekommen zu sein. Es handelt sich somit um einen typischen Fall von Adenolipomatose; infolge der besonderen Lokalisation dieser Tumoren unterscheidet sich das Aussehen des Patienten von dem gewöhnlich bei dieser Affektion angetroffenen; so fehlt hauptsächlich das dreifache Kinn, wie man es gewöhnlich sieht.

Multiple blennorrhoische Arthropathien, von Hallopeau. H. stellt einen an Blennorrhoe leidenden Patienten vor, bei dem die Gelenkerscheinungen gleichzeitig an den Füfsen, Knien und Fingern aufgetreten sind. Es ist dadurch zu Gelenkdeformationen, besonders an der grofsen Zehe beider Füfse gekommen, wodurch dieselben vollständig nach aufsen und unter die anderen Zehen hinunter gedrängt worden

waren. Der Mann konnte nicht mehr gehen und es mufste beiderseits zur Amputation der grofsen Zehe geschritten werden. Die anderen Gelenkdeformationen und Sehnenscheidenläsionen haben den Patienten zu einem Krüppel gemacht, der keiner Arbeit mehr fähig ist.

Gonokokkenfollikulitis des Präputiums, von HALLOPEAU. Man nimmt gewöhnlich an, dafs das Präputium keinen günstigen Boden für die Entwickelung des Gonococcus bildet, und dafs sich die Blennorrhoe selten dort lokalisiert. Bei dem Patienten, den wir Ihnen soeben vorstellen, hat sich die Blennorrhoe auf die Bildung kleiner follikulärer Abscesse auf dem Präputium beschränkt. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Eiters wurden typische Gonokokken nachgewiesen. Niemals ist eine Urethritis vorhanden gewesen. Eine antiseptische Behandlung brachte diese follikuläre Eiterung rasch zum Verschwinden.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Verhandlungen der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Jährliche Versammlung, abgehalten zu Rom vom 22.—24. Oktober 1899.

In seiner Eröffnungsrede kommt Präsident Prof. CAMPANA unter anderem auf das von anderer Seite (TOMMASOLI) gestellte Postulat zu reden, wonach das dermatologische Spezialfach auf den italienischen Universitäten den anderen Kliniken gleichgestellt werden soll und zwei Jahre Studien verlangt werden. Mit dieser Forderung kann sich nun C. nicht einverstanden erklären; ihm genügt ein Jahr vollständig, da in diesem Zeitraume den Studierenden die nötigen Spezialkenntnisse hinreichend beigebracht werden können. Wer sich weiter darin ausbilden will, dem stehen genug Wege offen, um dies später ohne Beeinträchtigung seiner übrigen Studien zu thun.

Die Wirkung der Schilddrüse beim Menschen und einigen Tieren; ihre Beziehungen zur Haut, von CONSORTI. Verfasser schreibt der Schilddrüse, auf Grund einer Reihe von Experimenten eine sehr grofse Bedeutung bei der Ernährung sämtlicher Gewebe und speziell des Nervensystems beim Menschen zu. Bei den Tieren sind die Resultate etwas andere. Nach Transplantationen gröfserer Stücke von Schilddrüsen unter die Haut konstatiert man, falls es nicht zu septischen Erscheinungen gekommen ist infolge von Infektion der Wunde, keine bemerkenswerte Wirkung auf den allgemeinen Ernährungszustand; einzelne derselben verlieren reichlich Haare, bei anderen dagegen wird diese Erscheinung nicht beobachtet. Transplantationen von Schilddrüsengewebe auf das Hirn und Mittelhirn von Kaninchen werden von diesen gut vertragen und führen zu keinen bemerkenswerten Erscheinungen von Seiten der Haut etc. Die Exstirpation der Schilddrüse scheint keinen Einfluss auszuüben auf pyogene Infektionen (Staphylococcus aureus) und auf parasitäre Invasionen (Scabies).

Zur Ätiologie des Boubas, von MAJOCCHI und BOSELLINI. Ref. in dieser Zeitschrift, Bd. 30, S. 554.

Einige Pigmentationsstörungen der Haut verglichen mit experimentellen Erscheinungen der Nebennieren, von VENANZI. Ref. in dieser Zeitschrift, Bd. 30, S. 256.

Die Autoserotherapie der Syphilis und die Immunität gegenüber dem syphilitischen Virus, von L. LEVI. Ref. in dieser Zeitschrift, Bd. 30, S. 166.

Besonderer Apparat und entsprechende Methode zur Erhaltung einiger pathogener Hyphomyceten in Reinkultur, von REALE. Derselbe dient zur Untersuchung der Kulturen im hängenden Tropfen und besteht aus zwei Objektträgern aus Glas, die auf der einen Seite ungeschliffen sind und in der Mitte eine runde Öffnung

von 10—12 mm enthalten; der eine dieser Objektträger ist 1 cm dick, der andere von der gewöhnlichen Dicke der gebräuchlichen Objektträger. Beide sind durch ein Deckgläschen getrennt, welches die centrale Öffnung verschliefst. Der ganze Satz wird durch besondere Klammern zusammengehalten und in ein steriliziertes, breites und dickwandiges Reagensglas gelegt, welches selbst mit einem Wattebausch verschlossen wird. Die Öffnung im Objektträger dient zur Aufnahme von Agar, in welchem nach dem Erstarren das Wachstum des Pilzes untersucht werden kann.

Über ein Papillom in der Gegend des Nasenvestibulums, von Reale. Der makro- und mikroskopische Befund des Tumors stimmte mit demjenigen bei Condylomata acuminata überein. Der Patient hatte denn auch deren einige im Sulcus balano-praeputialis einige Monate zuvor gehabt. R. meint, dafs das Auftreten der Exkrescenz an dem etwas ungewöhnlichen Sitze auf Autocontagium zurückzuführen sei.

Versuche einer Behandlung des oberflächlichen Lupus erythematodes durch Elektrolyse, von Frattali. 20jähriges Mädchen mit einer über den ganzen Nasenrücken ausgebreiteten Plaque von Lupus erythematodes; starke Schwellung und Entstellung. Die Elektropunktur wurde in wöchentlichen Sitzungen vorgenommen; jedesmal wurden 20—30 Punkturen in Entfernungen von 2 mm gemacht, mit Vorliebe in die erweiterten Haarbälge hinein. Es wurden im ganzen 30 Sitzungen abgehalten, die hier und da mit oberflächlichen Kauterisationen mit dem Paquelin verbunden wurden. Die anfänglich ziemlich starken Reizerscheinungen nach den Punkturen verschwanden nach und nach. Der Erfolg der Behandlung war ein vorzüglicher.

Spontane Heilung einer Trichophytie des Haarbodens nach Typhus, von Reale. R. berichtet über eine Epidemie von Herpes tonsurans, woran über 40 Knaben eines Institutes erkrankten. Vier derselben machten im Verlaufe dieser Epidemie einen Typhus durch. Es zeigte sich, dafs sich die Hautaffektion spontan zurückbildete. R. führt dies auf die Thatsache zurück, dafs die Haare nach Typhus reichlich auszufallen pflegen, um nachträglich viel dicker und dichter wieder zu wachsen. Nun aber ist eine andere Thatsache, dafs bei Kindern die Haare gewöhnlich dünn und fein sind und andererseits Trichophytie nach dem 15. oder 16. Jahre, wo die Haare dicker zu werden anfangen, nur ausnahmsweise beobachtet wird. Eine Wirkung der Typhustoxine auf die Pilze ist ausgeschlossen.

Experimenteller Beitrag zur Biologie des Trichophyton tonsurans und des Achorion Schönleinii, von Caldeeone. Auf Grund seiner Experimente an Meerschweinchen, denen er Kulturen von diesen beiden Pilzen in die Peritonealhöhle inokulierte, kommt C. zum Resultate, dafs das Trichophyton nur geringe Mengen von Toxinen erzeugt, während die Nukleoproteine dieses Dermophyten einen höheren Grad von Toxizität aufweisen, sodafs sie den Tod der Versuchstiere verursachen können. Der Favuspilz erzeugt keine oder doch nur verschwindend kleine Mengen von Toxinen; er enthält höchstens einige wenige Nukleoproteine.

Das Itrol bei der akuten Blennorrhoe der Urethra, von Risso. Vortragender ist mit diesem Präparate sehr zufrieden. Er verwendete dasselbe in wässerigen Lösungen in einer Konzentration von 25 mg auf 200,0 destillierten Wassers. Davon werden täglich bis sechs Injektionen in die Harnröhre vom Patienten selbst gemacht.

Über die Schilddrüsentherapie der Psoriasis, von Mells. Nach den Erfahrungen des Vortragenden hat diese Behandlungsmethode keine Vorzüge vor der äufserlichen mit den usuellen Mitteln.

Beitrag zur Pathogenese und Behandlung der periurethralen Adenitiden und Abscesse im Gefolge von Blennorrhoe, von Reale. Danach würde der Gono-

coccus allein in das periurethrale Bindegewebe und in die Lymphdrüsen eindringen und entzündlichen, zur Eiterung führenden Prozefs hervorrufen können, was sich bakteriologisch und klinisch nachweisen lasse. Da sich diese eitrigen Prozesse durch einfache, aseptisch vorgenommene Aspiration heilen lassen, soll diese stets ausgeführt werden.

Über septische Erscheinungen bei der Psoriasis, von Baruchello. Die Abhandlung richtet sich gegen die Behauptungen von Monro, Sabouraud, Kopytowski, welche das konstante Vorkommen von miliaren Abscessen als typische pathologisch-anatomische Läsion bei der Psoriasis erklärt haben. Dementgegen weist B. nach, dafs derartige kleine Eiteransammlungen oder Abscefschen, wenn sie in vereinzelten Fällen vorkommen, auf gemischte Infektionen zurückzuführen sind und eine der Histopathologie der Psoriasis fremde Erscheinung bilden.

Über den histologischen Sitz der Pemphigusblase, von Mazza. Vortragender hat zwei Fälle von Pemphigus vegetans untersucht und dabei gefunden, dafs sich bei dieser Affektion die Blase sowohl innerhalb der Epidermis selbst als zwischen Epidermis und Cutis bilden kann. Zum Erkennen der neugebildeten Zapfen läfst sich am besten das Vorkommen zahlreicher Karyokinesen verwenden. M. hat für das Zustandekommen der Pemphigusblase eine rein mechanische Erklärung, die in der bedeutenden Permeabilität der Gefäfse und der plasmatischen Epidermisräume zu suchen ist. Im Blute cirkulierende Produkte (Toxine) zu inkriminieren erscheint ihm als unrichtig, da sonst entsprechende Veränderungen auch auf den anderen Tegumenten und nicht blofs auf der äufseren Haut (und allenfalls auf der Mundhöhlenschleimhaut) angetroffen werden.

Ein Fall von Cysticercus cellulosae der Haut beim Menschen, von Pelagatti. (Siehe Bd. 32, S. 141.)

Aplasia pilorum moniliformis (Monilethrix), von Ciarrocchi. Zweijähriger gesunder, gut gebauter Knabe, mit beinahe kahlem Kopfe. Die wenigen noch vorhandenen Haare zeigen die Erscheinung des rosenkranzartigen Haares, d. h. regelmäfsig abwechselnde dunkle und helle Segmente. Die dunklen Segmente entsprechen den Anschwellungen und die hellen den Einschnürungen. Nirgends sind Auflagerungen fremder Substanzen zu erkennen, da die Anschwellungen ausschliefslich aus eigentlicher Haarsubstanz bestehen, deren Schichten mehr oder weniger gut erhalten sind. In den eingeschnürten Partien ist die Cuticula beträchtlich verdickt. Das Pigment ist beinahe durchwegs überall gleichmäfsig verteilt. Im allgemeinen sind die Haare etwas dünner als bei einem Kinde von demselben Alter mit normalem Haarwuchs.

Zwei Fälle von apoplektiformer Hirnsyphilis, von Montesano. Beide Fälle — 33jährige Frau und 44jähriger Mann — verliefen nach sehr stürmischen Erscheinungen letal. Es wurde nur in dem einen die Sektion ausgeführt; der hämorrhagische Herd befand sich oberhalb des Thalamus opticus und des Corpus striatum.

Die trophischen Erscheinungen der Haut in einem Falle von Hemiatrophia facialis mit Sarcoma idiopathicum, von Montesano. Vortragender fand die elastischen Fasern der atrophischen Gesichtshälfte in der Weise verändert, dafs sie die Farbstoffe weniger gut aufnahmen und in ihrer Morphologie, Verteilung und Lagerung gegenüber der gesunden Seite sehr auffallende Unterschiede aufwiesen. Auf diese Störungen der elastischen Fasersysteme müssen denn auch die Veränderungen im Tonus, der Konsistenz und der Elastizität der affizierten Gewebe im Vergleiche zur gesunden Seite zurückgeführt werden.

Über die Cystitis acuta und die Peritonitis blennorrhoica, von Pini. (Siehe Bd. 32, S. 218.)

Über einen Fall von Syphiloderma noduloulcerans, von Serra. Der Fall (26jähriger Mann) ist wegen des frühzeitigen Auftretens der tertiären Erscheinungen — sieben Monate nach dem Initialsyphilom — interessant.

Die Resistenz der roten Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten und einigen Experimenten, bei denen sogenannte Schutzsekrete zur Wirkung kommen (Schilddrüse, Nebennieren, Hoden), von Cenci. Ref. in dieser Zeitschrift, Bd. 31, S. 298. *C. Müller-Genf.*

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

IV. Jahrgang. No. 3.

Über eine neue Behandlungsmethode der Urethralblennorrhoe beim Weibe, von J. Arneth. Zur Behandlung der Blennorrhoe der Urethra des Weibes benutzt Verfasser etwas gekrümmte 3—4 cm lange Stäbchen aus Glas, die an der Spitze ganz abgerundet sind, am anderen Ende einen plattenförmigen Ansatz tragen, um nicht in die Blase hineingleiten zu können. Er läßt die Patientinnen urinieren, führt dann in die Urethra einen Bacillus urethralis aus Butyr. Cacao und fünf Minuten später, wenn das Stäbchen zerflossen ist, den Glasstift ein, legt etwas Watte vor und befestigt das Ganze mit einer Binde. Dem Stäbchen kann natürlich jedes Medikament beigemengt werden. Die Glasstifte bleiben ca. ½ Stunde liegen. Verfasser hofft auf diese Weise die Falten der Urethra auszugleichen und das Medikament allen Winkeln derselben zugänglich zu machen. Ob ihm das gelingt ist wohl fraglich. Dieses Verfahren aber zur Prophylaxe der Urethralblennorrhoe des Weibes post coitum zu benutzen, wie es Verfasser vorschlägt, klingt abenteuerlich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XII. Heft 1.

Cystitis colli proliferans oedematosa, von Zechmeister und Matzenauer. Bei chronischer Cystitis und Stauung kann am Blasenboden die beim Harnlassen fortwährend geknickte und gezerrte Schleimhaut zu gelblichroten, gequollenen, kolbig verdickten Auswüchsen degenerieren. Verfasser bilden ein ihnen von v. Frisch überlassenes Präparat ab und geben die Krankengeschichte einer von ihnen beobachteten Patientin, die vor fünf Jahren an Sklerose der Harnröhre erkrankte und in der Folgezeit des öfteren gummöse Geschwüre an der Urethra hatte, die nie vollständig resorbiert wurden. Bei der Aufnahme hatte sie einen leicht trüben Urin und starken Harndrang mit schmerzhaftem Tenesmus. Die endoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von zottigen Auswüchsen, die bei jedem Harnlassen in die Harnröhre geschwemmt und durch den sich kontrahierenden Sphinkter gequetscht wurden. Nach Abtragung sämtlicher Zotten mit dem Schlingenschnürer und Silberinstillation schwanden die Beschwerden.

Ein Fall von Cystitis luetica, von Chrzelitzer. Nach kurzer Schilderung der in der Litteratur mitgeteilten Fälle berichtet Verfasser über den von ihm beob-

achteten Fall, der als zufälliger Nebenbefund erhoben wurde. Daſs uns für die Diagnose einer syphilitischen Blasenentzündung jegliches Kriterium fehlt, ist wohl der Grund, weshalb diese Ätiologie so oft verkannt wird. Der mitgeteilte Fall verlief folgendermaſsen: Der 45 Jahre alte Patient hatte öfter Tripper und Blasenbeschwerden gehabt; einmal behielt er nach einem langwierigen Tripper einen fühlbaren festen Knoten in der Harnröhre; seitdem leidet er auch oft an Halsschmerzen; vor einem Jahre trat nach einer durchkneipten Nacht Retentio auf: seitdem besteht das Blasenleiden. Die eingeleitete symptomatische Behandlung brachte zunächst keine Besserung, bis eine allmählich eingetretene Hodenschwellung den Verdacht auf Syphilis hervorrief. Die nun eingeleitete Jodkaliumkur brachte prompt auch die Cystitis zur Heilung.

Modifiziertes VALENTINEsches Urethroskop, von KOLLMANN und WOSSIDLO. VALENTINE hatte das NITZE-OBERLÄNDERsche Urethroskop dadurch verbessert, daſs er statt der glühenden Platinschlinge kleine Edisonlampen einführte, die so wenig Wärme abgaben, daſs die Wasserspülung überflüssig wurde. Verfasser haben nun nach Übereinkunft mit VALENTINE dies Prinzip durch HEYNEMANN in Leipzig weiter verbessert, wie in der Arbeit nachzulesen ist, und so ein handliches Instrumentarium geschaffen. Zu beachten ist, daſs nicht alle Lampen, die fabrikmäſsig hergestellt werden, gut zu gebrauchen sind: manche geben zu viel Wärme; diese muſs man einfach wegwerfen, was bei dem geringen Preis der Lampen keine Rolle spielt.

Beitrag zur BOTTINIschen Discision der Prostata, von A. KOENIG-Wiesbaden. Verfasser hat die BOTTINIsche Operation in 21 Fällen gemacht, zwei sind auszuscheiden, von den übrigbleibenden 19 sind 15 mit Erfolg operiert, zwei ohne Erfolg, zwei starben, sodaſs er mit den erfolgreich operierten Fällen gut zufrieden ist. Der eine Todesfall ist auf die Ausführung der vorderen Incision zurückzuführen; der Tod trat hier durch Sepsis infolge jauchigen Abscesses im vorderen Beckenbindegewebe ein; diese Eiterung war durch das Durchbrennen der vorderen Blasenwand hervorgerufen. In einem anderen Falle trat der Tod durch anhaltende Blutung ein, ohne daſs eine Komplikation bestand; es scheint, daſs das Klaffen der sklerosierten Gefäſse eine genügend feste Thrombenbildung hinderte; Sektion wurde nicht gestattet. Einmal beobachtete Verfasser bei bestehender Cystitis eine schwere Nachkrankheit, eine embolische Pneumonie, die aber in Heilung überging; der Erfolg der Operation war ein guter; danach scheint es berechtigt, bei bestehender Cystitis die Operation besser zu unterlassen. In anderen Fällen hat Verfasser aber auch bei bestehendem eitrigen Blasenkatarrh ohne Störungen operiert. (Schluſs folgt.) *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band V. Heft 12.

Die Phosphaturie als Sekretionsneurose der Niere, von M. GONZALEZ TANAGO. Man versteht unter „Phosphaturie“ nicht, wie einzelne meinen, einen übergroſsen Gehalt des Harnes an Phosphor, sondern nur eine Ausscheidung der Erdphosphate aus dem Harn während oder gleich nach der Entleerung durch verminderte Acidität des Harnes, aber ohne alkalische Gährung. Einen überreichen Phosphorgehalt des Harnes bezeichnet man als „Diabetes phosphoricus“. KLEMPERER faſst die Phosphaturie als ein Zeichen allgemeiner Nervosität auf und erklärt sie durch Hyperchlorhydie und motorische Mageninsufficienz. PEYER, ULTZMANN und andere nehmen eine Sekretionsneurose der Nieren an, hervorgerufen reflektorisch von Läsionen des Genitalapparates aus. Dieser Anschauung schlieſst sich Verfasser auf Grund von drei genau beobachteten Fällen an. Die Neurasthenie an sich ohne Alteration im Genital-

apparat löst keine Phosphaturie aus. Dementsprechend erheischt die Behandlung der Phosphaturie auch zunächst eine Inangriffnahme lokaler Herde. Ob das Uretropin die Phosphaturie günstig beeinflufst, darüber fehlen dem Verfasser eigene Erfahrungen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.
1900. Heft 12.

Über die Antiseptik des Auges der weichen Katheter, von Delefosse. Vor einigen Jahren wurde darauf hingewiesen, dafs bei den Nelatonkathetern unterhalb des Auges gegen den Schnabel zu ein toter Raum sich befindet, welcher der Desinfektion schwer zugänglich ist. Wegen dieses Mangels wurden nur weiche Katheter fabriziert, bei denen die Lichtung im unteren, dem Schnabel zu gelegenen Teile in schiefer Richtung nach aufsen verläuft. Aber auch bei den meisten dieser modifizierten Nelatonkatheter findet sich 2—3 cm vom Schnabel entfernt eine Art Blindsack, der noch viel schwerer zu sterilisieren ist als der tote Raum bei den ursprünglichen Nelatonkathetern. Diese Beobachtung ist einerseits für die Ärzte, andererseits für die betreffenden Fabrikanten wichtig, welch letztere den Übelstand abstellen sollten. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. v. Baumgarten und F. Tangl. 14. Jahrg. 1898. II. Hälfte. (Harald Bruhn, Braunschweig 1900.) Es hiefse Eulen nach Athen tragen, wollte man noch viel empfehlende Worte für einen neuen Band der Baumgartenschen Jahresberichte verwenden. Ihre Vollständigkeit und daher ihre Unentbehrlichkeit für alle auf bakteriologischem Gebiete arbeitenden Forscher sind bekannt und genugsam gewürdigt. Schade nur, dafs das überaus grofse Material ein früheres Erscheinen nicht gestattet; vielleicht liefse es sich doch erzielen, dafs der Bericht schon in dem auf die referierten Arbeiten folgenden Jahre erscheint. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht, von Wilhelm Rudeck. (H. Costenoble, Jena 1900.) Das Gebiet der Geschlechtskranken mufs, soll etwas für die Prophylaxe geleistet werden, in erster Reihe natürlich von rein hygienisch-medizinischen Gesichtspunkten bearbeitet werden. Genügen kann dies aber nicht. Der Nationalökonom als Beherrscher socialer Vorgänge, der Lehrer und Erzieher als Vertreter der Ethik, der Jurist als Wahrer des Rechtes — alle haben mitzuthun, damit etwas ganzes wird. Und es ist erfreulich zu sehen, wie Vertreter aller dieser Fächer in letzter Zeit dem überaus traurigen Felde der Geschlechtsleiden ihre Aufmerksamkeit zuwenden, diese das ihnen gebührende Interesse in immer weiteren Kreisen erregen. Das vorliegende Buch fafst die juristische Seite der Frage ins Auge, wenn es auch von einem Mediziner verfafst ist. Mit Gründlichkeit erörtert derselbe die sexuellen Leiden in ihrer juristischen Tragweite nach der Rechtsprechung Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, durch eine reiche Kasuistik alles erläuternd. Der erste

Hauptteil umfafst die Geschlechtskrankheiten und das öffentliche Recht. Nach stetem Vorausschicken der entsprechenden Strafbestimmungen wird die Rolle des Aberglaubens bei der Verbreitung der Geschlechtsleiden, insbesondere des Trippers geschildert, dann die Frage behandelt, inwieweit das Anstecken von Sexualleiden als Körperverletzung gelten kann. Von gröfstem Interesse ist das folgende Kapitel, welches das heikle Thema des ärztlichen Berufsgeheimnisses bei Geschlechtskrankheiten behandelt und klar den unangenehmen Zwiespalt erläutert, in welchen der durch das Berufsgeheimnis gebundene Arzt so leicht gerät. Das erste Kapitel erörtert die Frage der Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten, das fünfte die Rolle derselben in dem Krankenversicherungsgesetz der Arbeiter, wobei die bekannten Einschränkungen der Kassenleitungen bei den in Rede stehenden Krankheiten gegeifselt werden. Der ganze zweite Teil des Buches ist den Geschlechtskrankheiten und dem Eherecht gewidmet, wobei wiederum eine sehr interessante Kasuistik viel belehrendes Material bildet. Im ganzen ist das Buch als anregend und aufklärend warm zu empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung. Zum persönlichen und allgemeinen Gesundheitsschutz, von Leo Tanoum-Jouddelowitz. (C. Marhold, Halle 1898.) Eine zweifellos wichtige Forderung für die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten ist die Aufklärung des Volkes über Verbreitung und Bedeutung derselben. Nur wer die Gefahr kennt, kann ihr aus dem Wege gehen. Deshalb sind populäre Broschüren über dieses Thema stets willkommen zu heifsen, wofern sie die richtigen Grenzen einhalten, was hier gerade nicht leicht ist. Das vorliegende Buch geht über die Grenzen hinaus. Abgesehen von den vielen medizinischen Fremdwörtern, entspricht der Inhalt nicht dem Zwecke, weil er zu sehr auf die Sache eingeht. Die Ausführungen über die Verbreitungswege der Gonokokken, über die verschiedenen Gläserproben gehen darüber hinaus, was der Laie wissen mufs und verstehen kann. So züchtet man auf der einen Seite Menschen, die sich einbilden etwas zu wissen und doch nichts wissen, auf der anderen Seite Hypochonder. Der Therapie ist ein viel zu weiter Raum gegeben; eine so eingehende Schilderung der vielen empfohlenen Heilmittel und Heilmethoden ist hier gar nicht am Platze, da sie dem Arzte die Behandlung der Leser dieses Buches sehr erschwert. Schliefslich ist ja der Wert all dieser Heilverfahren noch strittig und so verschieden beurteilt, dafs dem Laien durch ihre Kenntnis nur geschadet wird. Das gilt besonders von der Therapie des Trippers, aber zum Teil auch von derjenigen der Syphilis, wenn dieser Teil des Buches auch besser gelungen scheint. Den Schlufs des Buches bildet eine Zusammenstellung der Thesen von Kaposi, Tarnowski etc. betreffend die Prostitution und die Abwehr der Geschlechtskrankheiten. Im ganzen kann man von dem Buche nur sagen: weniger wäre mehr gewesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Mikroskopische Technik.

„Fettkörnchenzellen" und „Granulalehre", von JULIUS ARNOLD-Heidelberg. (*Anat. Anz.* 1900. No. 17.) Der vitalen Färbung der Gewebe war es vorbehalten, zu wissen, dafs Plasmosomen und die aus ihnen hervorgegangenen Granula keine Fällungsprodukte, sondern präformierte Gebilde sind. Nachdem es sich gezeigt hat, dafs die Körnchen bei der Siderose als siderofere Gebilde eine Rolle spielen, und zwar als pigmentführende Elemente bei der hämatogenen Form, versuchte Verfasser das Verhalten der Plasmosome und Granula bei Aufnahme und Umsatz von Fett festzustellen. Er kommt in vorliegender Arbeit zu folgenden Schlüssen: Bringt man fettartige Substanzen in den Rückenlymphsack von Fröschen und unter die Rückenhaut von Meerschweinchen, so kann das Fett von den ausgewanderten Zellen nach Art der Phagocytose in Form von Tropfen, die zwischen den Strukturbestandteilen der Zellen liegen, aufgenommen werden. Es kommt daneben zur Bildung von Fettkörnchenzellen, bei denen das Fett in Granula enthalten ist, die sich aus Zellplasmosomen gebildet haben. Letzteres ersieht man auch daraus, wie sie gegenseitig gelagert sind, aus ihrer Beziehung zu Fällen und überhaupt Strukturteilen der Zellen, sowie daraus, dafs in einer Zelle und einer Granulakette stark und schwach oder anders gefärbte Körnchen dicht nebeneinanderliegen. *Hopf-Dresden.*

Die vitale Färbung, eine Darstellungsmethode der Zellgranula, von L. MICHAELIS. (*Arch. f. mikr. Anat. u. Entwicklgsg.* 1900. Bd. 55.) Da in der wissenschaftlichen Welt Zweifel auftauchen, ob die von ALTMANN zuerst in der Zelle nachgewiesenen Zellgranula nicht Kunstprodukte seien, ist man zur vitalen Färbemethode, die von EHRLICH eingeführt ist, übergegangen. Nur diejenigen Bilder vermögen wir dabei vielleicht als keine künstlichen Erzeugnisse anzusehen, die man „entweder von vornherein in der ungefähren frischen Zelle sieht oder was uns eine zweite, völlig verschiedene Methode in ganz gleicher Weise zeigt." Die erste vitale Färbung war die der Nervenfasern durch Methylenblau, welche EHRLICH zeigte. Methylenblau zur Färbung der Granula führten O. SCHULTZE und MITROPHANOW ein. Nur einzelne Farbstoffe sind für die Zwecke der vitalen Färbung verwendbar: Es mufs genügend in Wasser beziehentlich in physiologischer Chlornatriumlösung löslich und so alkalifest sein, dafs die Base des Farbstoffs wenigstens etwas wasserlöslich ist. Letzteres mit Rücksicht auf die oft alkalisch reagierenden Gewebe. Die Inkorporierung der Färblösung geschieht entweder durch Injektion in Gefäfse des lebenden Tieres, subcutane Injektion, durch Resorption vom Darm oder der Haut aus und als postmortale Färbung, wobei excidierte Stücke des soeben getöteten Tieres in dünne Farblösungen gebracht werden. Die vitale Injektion kommt nur dann zur vollen Geltung, wenn der Farbstoff küpenbildend ist, d. h. wenn seine Leukokörper durch die Berührung mit der Luft wieder in den ursprünglichen Farbstoff zurückverwandelt werden. Bei nicht verküpenden Farbstoffen ist die postmortale Färbung vorzuziehen. In Betracht kommen für die vitalen Färbungen die Thiazine, Phenazin und Safraninazofarbstoffe. Verfasser berichtet zum Schlufs über Körnchenfärbungen in den Leberzellen und Speicheldrüsen, wobei einige beigefügte Zeichnungen histologischer Befunde von Wert für das Verständnis sind. Bei Maus und Meerschweinchen sind die Gewebe fast stets kugelrund

und gleichmäfsig verteilt, nur für Kern und Fetttropfen Platz lassend. Mitunter haben sie die Gestalt kurzer, gerader Stäbchen. Der Ernährungszustand der Versuchstiere — beim Frosch ist die Färbung der Leberzellgewebe viel diffiziler als bei den Säugetieren — war ohne Einfluſs auf die Form der Körnchen. Abgesehen von diesen präformierten Granula hat Verfasser in der Leberzelle durch Färbungen (Injektionen von 1 ccm in eine Maus) mit Neutralrot und Diamidotaluphenazin einen peripheren Kranz kleiner roter Körnchen, die er im Gegensatz zu den Zentralkörnchen als Randkörnchen bezeichnen möchte. Möglicherweise sind sie Fällungen der Farbbasen mit Gallensäuren. Bei der Untersuchung der Speicheldrüsen der Maus (und ähnlich auch des Igels, Kaninchens, der Ratte u. a. Tiere) fand Verfasser noch aufser den Granula kleine Fädchen und Stäbchen, die massenhaft in den Zellen lagern. Durch das Zusammenliegen der vielen leicht gekrümmten, gestreckten, geknickten oder zusammengeringelten Fädchen erhält man zuerst den Eindruck, als ob das Gesichtsfeld mit Bacillen besät sei. Diese Gebilde, nur gefärbt sichtbar, haben eine besondere Affinität zum Safraninazodimethylanilin. Das Bild tritt schon nach 40 Minuten auf, wenn ein excidiertes Stück Parotis oder Pancreas in einer Lösung des Farbstoffs in physiologischer Chlornatriumlösung (1 : 30000) gefärbt wird. Die Fäden sind nicht identisch mit den von Solger beobachteten Basalfilamenten. Von den Fädchen stammen sogar die Körnchen ab, wie Verfasser aus Bildern vermuten zu können glaubt, die einer Doppelfärbung von Janusgrün (1 : 1000) 1,0 : Neutralrot (1 : 100) 0,67 : Sol. Natr. chlorat (0,85 %) ad 40,0 entsprangen. *Hopf-Dresden.*

Bakteriologie.

Züchtung der Gonokokken auf einfachen Nährböden, von Thalmann. (*Centralbl. für Bakteriol.* 1900. No. 24.) Auf Hirnschnitten wachsen Gonokokken sehr gut. Das beruht darauf, dafs, wie Fickes ausführt, das Hirn einen exquisit sauren Nährboden darstellt. Verfasser versuchte deshalb, ob nicht die Gonokokken auch auf gewöhnlichen Nährböden wachsen, wenn diese einen gewissen Säuregrad besitzen. Zunächst wurde entsprechender saurer Fleischwasseragar geprüft. Es zeigte sich, dafs derselbe für Gonokokken ein sehr guter Nährboden war; Temperatur 36—37°; Besichtigung der Platten erst nach 20 Stunden; Weiterimpfung von 1—2 Tage alten Kulturen. Verfasser legt diesen Fleischwasseragar-Züchtungen diagnostischen Wert bei. Die Fortzüchtung gelingt gut auf Schweineblutserum von bestimmtem Säuregrad. Das beste Wachstum erhielt Verfasser mit Bouillon, bei der er 70 % der Gesamtsäure neutralisierte. Gonokokken bedürfen zum Wachstum einer Mischung von neutralen und zweibasischen Phosphaten. Für die Praxis ist diese Theorie insofern nicht von Bedeutung, als ja der Gonococcus auf Schleimhäuten mit verschieden reagierenden Sekreten gedeiht. Das diesen Schleimhäuten gemeinsame scheint das Cylinderepithel zu sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Pathogenität des Staphylococcus quadrigeminus Czaplewski, von Kieseritzky. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 37.) Den von Vanselow und Czaplewski aus der Lymphe gezüchteten Staphylococcus quadrigeminus fand Verfasser in dem Eiter einer abscedierten Lymphdrüse am Processus mastoideus bei einem Knaben, der vor etwa acht Monaten die Pocken durchgemacht hatte. Verfasser nimmt an, dafs die Variolapusteln die Eintrittspforte für den Staphylococcus abgegeben haben, doch ist nicht ausgeschlossen, dafs dieser Staphylococcus eine weitere Verbreitung hat, als wir bisher wissen. *F. Hahn-Bremen.*

Hygiene.

Wie schützt man sich vor geschlechtlichen Erkrankungen? von M. Bernstein-Cassel. (Cassel 1900. Th. G. Fisher & Co.) Bernstein sagt in der Vorrede, dafs die Absicht ihn geleitet habe, in möglichst knapper und übersichtlicher Form die elementarsten Kenntnisse von den Geschlechtskrankheiten und den Maßnahmen zu ihrer Verhütung den weitesten Kreisen zu übermitteln. Joseph weist in einem Vorwort auf das Bedürfnis und den Wert solcher Belehrungen hin. In kurzen, klaren Sätzen werden zu dem angedeuteten Zweck Tripper, weicher Schanker, Syphilis besprochen. Differentiell-diagnostisch werden Herpes am Glied, Eichel- und Vorhautentzündung herangezogen. Das Ulcus gangraenosum hätte vielleicht erwähnt werden dürfen, welches schnellstes und eingreifendes Handeln erheischt. Bernstein empfiehlt als durchaus zuverlässiges Mittel das 20% Protargol-Glycerin zum Coupieren des Trippers (die dickflüssige Lösung macht nach des Referenten Meinung die Pipette unmöglich), die allerdings nur vom Arzt vorzunehmende Verätzung zum Coupieren des weichen und des harten Schankers. Letzteres scheint nach Bernstein also immer möglich zu sein. Bernstein hält von der Laiendiagnose für die Erkennung der weiblichen Geschlechtskrankheiten garnichts. Ich möchte dieses Urteil auf die männlichen Geschlechtskrankheiten ausgedehnt wissen. Die allgemeine hygienische Schulung und Durchbildung der heranwachsenden Jugend müfsten in ganz anderen Bahnen sich bewegen, wenn solchen, zumal so kurz gefafsten Belehrungen wie den Bernsteinschen, ein gröfserer Wert zugesprochen werden soll. Ich darf hier aus Langs Vorlesungen über Prophylaxe und Therapie der Syphilis citieren; „Leider müssen wir Proksch vollkommen beistimmen, wenn er die Mittel der pädagogischen Prophylaxis für den gröfsten, d. i. für den armen Teil der Bevölkerung garnicht oder doch nur sehr unvollkommen anwendbar hält; indessen ist die Thatsache mit Freuden zu registrieren, dafs einige Staaten allgemeine Hygiene auch in Mittelschulen unterrichten lassen.

Für sehr zweckmäfsig sähe ich die Verbreitung einer populären Darstellung an; diese müfste sich jedoch, um ihre Bestimmung zu erfüllen, auf die gesamte Hygiene erstrecken und innerhalb derselben auch mit den venerischen Krankheiten entsprechend befassen; eine nur den letzteren geweihte gemeinverständliche Schrift würde sich aus mehreren Gründen nicht empfehlen".

Ich möchte aber nicht mifsverstanden werden und will deshalb besonders betonen, dafs aus jeder Zeile des Bernsteinschen Büchleins die reine und gute Absicht des Autors spricht. Das sei für diejenigen gesagt, welche nur allzuleicht aus solchen populären Darstellungen ein Reklamebedürfnis des Verfassers herleiten.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Zur Statistik der geschlechtlichen Infektionskrankheiten in der Charité, von H. Schaper. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 44.) Der Vortrag bildet den ersten einer Reihe von Vorträgen über Syphilis und Blennorrhoe, welche auf Veranlassung des königlichen Unterrichtsministeriums in der Charité zu Berlin gehalten werden und der Fortbildung der praktischen Ärzte dienen sollen. Sch. führt aus, wie alle Abteilungen der Charité ein lebendiges Bild für die schweren Folgeerscheinungen der Lues und Blennorrhoe darböten, das heute in viel grellerem Lichte erscheine wie noch vor wenigen Decennien. Auf der Männerabteilung der Nervenklinik konnte bei 40% der Kranken luetische Infektion für das erst viele Jahre später entstandene Nervenleiden verantwortlich gemacht werden, auf der Frauenabteilung hingegen nur bei 7,5%. Auf der Klinik für Augenkranke gab bei 20%, auf der Irrenklinik gegenwärtig bei ca. 13% der Behandelten die Lues die Krankheitsursache ab. Auf den äufseren Abteilungen, der chirurgischen und gynäkologischen

Klinik, überwiegt hingegen die Blennorrhoe als Krankheitsursache, auf ersterer schwankt sie zwischen 3 und 20%, auf den gynäkologischen Abteilungen übersteigt sie 30%. *Stern-München.*

Zur Verbesserung der sanitären Prostituiertenkontrolle, von A. Neisser-Breslau. (Aus den Berichten der Brüsseler internationalen Konferenz zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Die Forderungen Neissers betreffs der Kontrolle der Prostitution sind folgende; Mikroskopische Untersuchung des Sekrets wöchentlich einmal bei jeder Prostituierten unter strenger Berücksichtigung aller Lokalisationsmöglichkeiten der Gonokokken. Dazu empfiehlt es sich, dafs der Direktor der Prostituiertenabteilung des Krankenhauses mit seinen Assistenten auch die Kontrolle der Mädchen aufserhalb des Spitals übertragen erhält. Auch weibliche Ärzte wären als Assistenten zuzulassen. Die Kosten würden gering sein, da die „Assistenten billig" sind. Im Spital möge eine Prostituierten-Poliklinik errichtet werden, in der regelmäfsiges Erscheinen und Behandlung der Prostituierten nötigenfalls mit Hilfe der Polizei erzwungen werden können. Da Ärzte dies ganze Institut leiten, verliert es den bei den Mädchen so verhafsten polizeilichen Anstrich. Blennorrhoeverdächtige könnten jederzeit ins Krankenhaus überwiesen, Syphilitische nach Fournier intermittent und poliklinisch behandelt werden. Neisser plädiert ferner für Einführung einer Erkennungskarte mit Hinweis darauf, dafs die Kontrolle keinen Schutz gegen Erkrankung bildet (Jadassohn). Vom sanitären Standpunkt empfiehlt Verfasser die Bordelle, schon weil deren Inhaber gezwungen werden können, für Gesundheit der Insassinnen Bürgschaft zu übernehmen. (Vornahme täglicher Untersuchungen der Mädchen durch Sachverständige und Anwendung aller prophylaktischen Mafsnahmen.) *Hopf-Dresden.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in Tumoren, von F. Feldbausch. (*Virch. Arch.* Bd. 161. Heft 1.) Feldbausch fand das Vorkommen eosinophiler Zellen bei Drüsencarcinomen sehr wechselnd, vermifste sie aber nie bei Epitheliomen. Bei Sarkomen zeigten sie sich auch nicht konstant. Vorzugsweise liegen die eosinophilen Zellen in dem die Tumormassen umgebenden Bindegewebe. Gegen die in die Tiefe wuchernden Epithelzellen schiebt sich ein Wall von eosinophilen Zellen vor. Das Auftreten der Zellen ist an gewisse Entwickelungsphasen der Geschwulst gebunden. Je jünger das Entwickelungsstadium, um so mehr eosinophile Zellen sind vorhanden. Später verschwinden sie mehr und mehr. In Epitheliomen hat F. sie nur vermifst, wenn diese stark zerfallen waren. In einem Falle von metastasierendem Lymphosarkom waren die eosinophilen Zellen in dem primären Tumor in weit geringerer Zahl vertreten als in den kleinen frischen Metastasen. F. verbreitet sich über Genese und Bedeutung der eosinophilen Zellen und giebt die genauen Protokolle der von ihm untersuchten Fälle. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Über die bei der mit Vaccine ausgeführten Hornhautimpfung vorkommenden Zelleinschlüsse und über deren Beziehungen zu Zellinklusionen der bösartigen Geschwülste, von C. Gorini. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 8. September 1900.) Die zuerst von Guarnieri nach Impfungen der Hornhaut mit Vaccine gefundenen Körperchen, auch als Cytoryctes vaccinae bezeichnet, hat Verfasser genauer untersucht. Er stellt fest, dafs dieselben und ihnen ähnliche Gebilde eine ausgeprägte Ähnlichkeit mit den in bösartigen Geschwülsten aufgefundenen Zelleinschlüssen haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hautkrankheiten als Komplikationen der sommerlichen Gastrointestinalkatarrhe der Kinder, von J. F. Schamberg. (*Internat. Magaz.* 1900. No. 7.) Als häufigste Komplikationen der Sommerdiarrhöen der Kinder bezeichnet Verfasser das Ekzem (auch Gesicht und obere Extremitäten befallend), oft in Form von sog. „Crusta lactea", das Erythema intertrigo oder Eccema intertrigo (Schenkeln, Scrotum, Vulva und Analfalte), die Miliaria und Furunkulose. Die Behandlung dieser Hauterkrankungen ist eine innerliche (gegen das Grundleiden gerichtete) und eine äufserliche. *I. Bloch-Berlin.*

Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms (Hereditätsverhältnisse und Hautveränderungen), von E. Hollaender. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 30.) Verfasser lenkt bei der Schwierigkeit der Frühdiagnose eines Darmcarcinoms die Aufmerksamkeit auf einige von ihm beobachtete wichtige Punkte. Da ist zunächst die Heredität zu erwähnen, für die Verfasser die Genealogie einer schwer belasteten Familie mitteilt, in der eine unglaublich grofse Zahl von Nachkommen an Darmkrebs litten. Ferner hat er eigentümliche Hautveränderungen beobachtet, einmal hellrote, stecknadelkopf- bis erbsengrofse, das Hautniveau überragende Flecke, sodann die seborrhagischen Warzen, von denen Leib und Brust gerade bei jugendlichen Krebskranken oft geradezu übersät waren, endlich fleckförmige Hautpigmentierungen, die sich über den ganzen Körper verbreiten können und bald Ähnlichkeit mit Sommersprossen haben, bald dunkler sind. Zuweilen führen sie zu einer vollkommenen, ungemein auffallenden Tigerung. *F. Hahn-Bremen.*

Eine makro- und mikrochemische Reaktion der Fettgewebsnekrose, von C. Benda-Berlin. (*Virch. Arch.* Bd. 161. Heft 1.) Benda fand, dafs Fettgewebsnekrosen nach der Beizung, wie Weigert sie für die Neuroglia empfohlen hatte, aussahen wie mit Grünspan oder besser noch wie mit Patina überzogen. Auf Einschnitten in der Tiefe ergab sich dieselbe Färbung. Alle von B. mit der Beize behandelten Organe nahmen sonst selbst nach wochenlanger Behandlung nur eine blasse graugrüne Färbung an. B. stellte nun fest, dafs es von der Glia-Beize allein die Kupfersalzlösung war, welche die Färbung hervorbrachte. Weiter konnte festgestellt werden, dafs es ausschliefslich die Nekrosen waren, welche die eigenartige Färbung angenommen hatten. Die kleinsten Herde, makroskopisch unsichtbar, zeigten die Reakion. Mikroskopisch liefs sich das Wesen der Färbung so eruieren: An den normalen Fettzellen war keine Spur von Bläuung aufgetreten. In den nekrotischen Herden sind die scholligen aus fettsaurem Kalk bestehenden Massen blafs-blaugrün gefärbt. Die intensivste Färbung kommt den nadelförmigen Fettsäurekrystallen zu, die genau in derselben Form und drüsenartigen Anordnung, wie sie im ungefärbten Zustande, sowie bei Osmium- und Sudanrotbehandlung hervortritt, sich mit dem Kupfersalz gefärbt erweisen. In Glycerin scheint sich die Färbung zu halten, eine Gegenfärbung mit Alaun- oder Kupferhämatoxylin ist möglich. Letztere Färbung führt zur Erkenntnis des Chemismus der Reaktion. Wenn man die Schnitte des gekupferten Materials mit wässeriger Lösung des krystallisierten Hämatoxylins behandelt, so entsteht eine blauschwarze Gewebsfärbung, indem das von den Geweben aufgenommene Kupfersalz in den Kupferhämatoxylinlack übergeführt wird. Die Fettsäurekrystalle behalten aber ihre blaugrüne Farbe. Benda schliefst daraus, dafs das Kupfersalz in den Fettsäurekrystallen an einen anderen Körper chemisch zu fest gebunden sein mufs, um seine Affinität zum Hämatoxylin äufsern zu können. Es ist B. zweifellos, dafs ein fettsaures Kupfersalz entstanden ist. Das Merkwürdige ist nur, dafs die Verbindung schon bei ziemlich niedrigen Temperaturen erfolgt. Die Versuche, die bei

der Reaktion beteiligte Fettsäure zu ermitteln, führten zu dem Ergebnis, daſs neben der Palmitin- und Stearinsäure die Ölsäure einen bedeutenden Anteil an der Zusammensetzung der nekrotischen Fettzellen hat. Die blaugrünen Fettsäurekrystalle heben sich aufs schärfste ab von den gänzlich ungefärbten, normalen und pathologischen Neutralfetttropfen. Mit Hülfe der Methode fand B. in der Umgebung einzelner interstitieller Nekroseherdchen des Pankreas kleine Infiltrate von Zellen, die mit stark lichtbrechenden Schollen und Tropfen angefüllt sind. Es sind das wahrscheinlich Balzers wuchernde Fettzellen. Die Zelleinschlüsse bedeuten Partikel fettsauren Kalkes, die aus den Nekroseherden stammen. Balzers Zellen sind also Phagocyten, welche die Resorption des Nekroseherdes einleiten. Das Pankreas wies im übrigen nur geringfügige Entzündungserscheinungen auf. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Die histologischen Veränderungen und die semiologische Bedeutung der Hautrhagaden, von Matteucci. (*Il Morgagni.* 1900. No. 10.) Verfasser unterscheidet drei Kategorien von Rhagaden. Diejenigen des ersten Grades umfassen die Hornschicht und reichen bis zum Stratum lucidum; in denjenigen des zweiten reicht der Riſs bis in das Stratum granulosum und selbst über dasselbe hinaus; beim dritten Grade geht die Kontinuitätstrennung bis in den Papillarkörper und in die Cutis. Für alle drei Kategorien giebt Verfasser einen ausführlichen histologischen Befund. In klinischer Beziehung schreibt er dem Umstande groſsen Wert bei, ob die Rhagaden schmerzhaft sind oder nicht. Schmerzlos sollen sie nämlich sein bei Lues, anästhetisch bei Lepra, schmerzhaft dagegen bei den meisten übrigen und bekanntlich sehr zahlreichen Affektionen. *C. Müller-Genf.*

Über die Hauttransplantationen. Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der vom Organismus losgetrennten Hautelemente, von Prezolini. (*Lo Sperimentale.* 1900. No. 5.) Verfasser hat gefunden, daſs nach der Methode von Krause exstirpierte Hautpartien, die während 24 Stunden bis 6 Tage in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt worden, mit auch in klinischer Beziehung günstigem Erfolge auf aseptische und gut granulierende Wunden übertragen werden können. Selbst nach acht Tagen hat man noch einzelne Epithelzellen des transplantierten Lappens ihre Lebensfähigkeit beibehalten und Mitosen hervorbringen sehen. Bei Aufbewahrung der Stücke in einer Temperatur von 0° C. erwiesen sich dieselben als sehr geeignet zur Transplantation und zwar noch nach 6 Tagen. Nach 11 Tagen zeigten sich einige Zellen noch gut erhalten. Dagegen weichen die Resultate des Verfassers ganz bedeutend von denen Wentschers ab bezüglich der Lebensfähigkeit der exstirpierten Hautlappen nach Austrocknen derselben. Nur zwei Tage trocken gehaltene Lappen zeigten sich viel weniger zur Transplantation geeignet, als solche, welche ganze 6 Tage feucht gehalten worden waren.

Mit den Resultaten anderer Autoren verglichen, stehen diejenigen von P. in der Mitte zwischen denen von Enderlen und von Liunggren und nähern sich am meisten denen von Wentscher. *C. Müller-Genf.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die allgemeine Hautpflege, vom prophylaktischen Standpunkte aus betrachtet, von All. Jamieson-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Dez. 1900.) In dieser Abhandlung, welche die wichtigsten Gesichtspunkte der Hautpflege bringt, hebt J. hervor, daſs wir nach einer Aëra, in welcher Bäder völlig vernachlässigt wurden, nun in Gefahr sind, dieselben zu reichlich zu gebrauchen (in Deutschland wohl noch

nicht! Ref.) und zwar besonders durch allzu freigebige Anwendung von Seife und warmem oder heifsem Wasser. Weit besser als Seife sei die Abreibung des Körpers und zwar das beste Mittel dazu sei der Loofah. Im weiteren redet J. der Anwendung kalter Bäder das Wort, die warmen und heifsen Bäder haben eine Tendenz die Haut zu entnerven, die Abschuppung der Epidermis künstlich zu vermehren und eine zu rasche und unvollständige Verhornung zu begünstigen. Zur gründlichen Reinigung sind ja warme Bäder zeitweise unentbehrlich, jedoch sollte immer eine kalte Douche darauf folgen. Ein wichtiges Element in der Hautpflege ist die Art des anzuwendenden Wassers, wofür destilliertes, Regen- oder Flufswasser in erster Linie geeignet seien; um zu hartes Wasser weicher zu machen, empfiehlt J. Mischung desselben mit Kleie, Hafermehl oder Stärke, auch Glycerin, in Wasser gelöst, nach dem Bade auf die Haut appliziert. Die Besprechungen über notwendige Beschaffenheit der Seifen, über die Pflege der Nägel, welche zur Fernhaltung von Infektionen so wichtig sei, u. a. m. enthalten nichts wesentlich neues. *Stern-München.*

Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder. 2.—4. Heft. (Berlin 1900.) Das zweite Heft bringt Mitteilungen über das Volksbadewesen in verschiedenen Städten und die die Förderung desselben anstrebenden Vereine. Erwähnenswert ist die Vereinigung des städtischen Volksbades mit der öffentlichen Lesehalle und Bäckerei, wie sie in Magdeburg in sehr praktischer Weise stattgefunden. Eine englische Anstalt der Art in der Bezirksgemeinde Shoreditch-London war das Muster.

Im dritten Hefte sind die als brauchbar befundenen Entwürfe enthalten, welche auf das Preisausschreiben des Vereins betreffend die Anlage von kleinen und gröfseren Volksbadeanstalten eingegangen sind. Für künftige derartige Bauten werden diese Entwürfe unentbehrlich sein. Kostenanschläge sind dabei.

Eine Statistik über den jetzigen Stand des Volksbadewesens füllt das fünfte Heft. Es ist sicher die vollständigste und lückenloseste derartige Statistik, die ein klares Bild über die Rede stehende Frage giebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Luftbäder, von Friedr. Keller-Stühlingen. (*Zeitschr. f. diätet. u. physik. Therapie.* IV. No. 4.) In einer längeren, das ganze Gebiet der Physiologie streifenden Abhandlung plädiert Verfasser warm für die häufige Anwendung von Luftbädern, sie sind nicht nur Abhärtungsmittel, sondern durch sie lassen sich auch die lebenswichtigsten Organe in ihrer Thätigkeit beeinflussen ebenso wie der gesamte Stoffwechsel, sie regen die Perspiration durch verschiedene Faktoren an und unterstützen die ganze Hautthätigkeit. Das Luftbad ist daher nach Ansicht des Verfassers berufen, als selbständige therapeutische Mafsnahme in der wissenschaftlichen Medizin verwendet zu werden, es hat dieselbe Berechtigung, wie die verschiedenen anderen therapeutisch verwendeten Badeformen, mit denen es mannigfach verbunden werden kann.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Bedeutung des Guberwassers in der Therapie der Hautkrankheiten, von Leopold Glueck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 40.) In einem Vortrage vor dem österreichischen Balneologenkongrefs hebt Verfasser die guten Resultate hervor, die er mit interner Anwendung der Guberquelle bei Hautleiden gesehen, nachdem er an in Einzelhaft befindlichen Sträflingen die Hämoglobin vermehrende Wirkung erprobt. Bei Psoriasis hatte Guberwasser, bis 10 Eßlöffel täglich, einen guten Erfolg, ebenso bei Lichen ruber, chronischen Kinderekzemen, Gürtelrose. Ein direktes Heilmittel ist es für symmetrische, lokale Asphyxie der Hände und Füfse. Auch Acne cachecticorum, Acne rosacea in leichterer Form, Urticaria chronica, Pemphigus vulgaris, Furunkulosis, Lupus vulgaris, Lichen scrophulosorum werden günstig

durch Guberwasser beeinflufst. Bei anämischen Luetikern, bei denen die antiluetische Kur zuweilen versagt, hob Guberwasser die Gesamternährung, worauf dann die wiederholte Kur von Erfolg war. In der Diskussion, welche sich an den Vortrag knüpfte, berichtet R. Steiner über die Versuche mit lokaler Anwendung des Arsens als Lösung oder als Levicowasser. Bei umschriebenen Psoriasisplaques und Verruca vulgaris war die Wirkung am leichtesten zu studieren. Es tritt wenige Stunden nach Applikation der Umschläge eine lokale, bald schwindende Anämie auf. Legt man auf Warzen ein Arsenpflaster auf, so tritt Nekrose durch fettige Degeneration ein.

Jesner-Königsberg i. Pr.

Indikationen zur Behandlung chronischer Dermatosen und Syphilisformen mit den Thermalquellen von Ilidže, von Rudolf Matzenauer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 40.) Die Quellen von Ilidže in Bosnien sind ähnlich denen von Marienbad und Karlsbad reich an Glaubersalze, Chloriden und Bicarbonaten des Calcium und Magnesium. Aufserdem sind Schwefelthermen vorhanden, die von Römerszeiten her auch bei Hautleiden, besonders beim sogenannten „Frenjak", welche Bezeichnung neben tertiären Syphilisformen auch alle anderen chronischen Dermatosen umfafst, gebraucht wurden. Die Schwefelthermen von Ilidže haben eine Temperatur von 57½ C. (Aachen: 45—55°, Baden bei Zürich: 48°, Baden bei Wien 27—35°); der Schwefel ist zumeist an Salze gebunden. Bei tertiärer Syphilis mit Erkrankung des Bewegungsapparates, zumal wenn dieselbe reichlich mit Merkur behandelt ist, ist Ilidže indiziert; desgleichen bei Visceralsyphilis mit Beteiligung von Leber und Nieren. — Urticaria chronica durch Autointoxikation, Lichen urticatus, schuppende Ekzeme, Psoriasis, Prurigo werden gut beeinflufst. In der an diesem Vortrag sich knüpfenden Diskussion hebt Ullmann die günstige Wirkung von Schwefelquellen bei der Akne hervor; auch maligne und das Knochensystem befallende Syphilis geben eine geeignete Indikation für die Balneotherapie. — Dasselbe betont Glück, der jedoch bei Lues die Schwefelbäder mit einer Sublimatinjektion verbindet. Auch Prurigo reagiert gut auf die Ilidžer Thermalbäder. *Jesner-Königsberg i. Pr.*

Ein Vortrag über die Behandlung einiger der häufigeren Hautkrankheiten, von P. S. Abraham. (*Lancet.* 22. Sept. 1900.) Bei der Behandlung des Ekzems legt A. Wert auch auf diätetische Vorschriften, Vermeidung von vielem Zucker, Thee, starkem Kaffee, Backwerk, Käse, Bier, saurem oder süfsem Wein, überhaupt von Alkohol, neben der lokalen Behandlung, welche doch die Hauptsache bildet. Bei Psoriasis hält er Arsenik ebenso wie Thyreoidextrakt für wertlos, wenn er auch eine konstitutionelle Ätiologie der Affektion durchaus nicht bestreiten will. Bei Herpes tonsurans capitis empfiehlt er warm die Applikation von reinem Kreosot oder Guajacol mit Äther ozonisatus mittelst seiner bereits beschriebenen Saugpumpe. Im allgemeinen enthält der Vortrag, in welchem auch Akne und Impetigo berücksichtigt werden, nichts eigentlich neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Elektrizität bei Hautkrankheiten, von Foveau de Courmelles - Paris. (*L'actualité méd.* 1900. No. 8.) Der konstante Strom kann mit Vorteil angewendet werden bei Angiomen der Haut (Boudet), bei Elephantiasis (Silva Araujo), bei Naevis, erektilen Tumoren und Hypertrichosis; das elektrische Teilbad mit medikamentösen Lösungen (Lithium z. B.) ist manchmal bei Ekzem, Psoriasis und Lepra anaesthetica nützlich. Zum Schlufs berichtet Verfasser über einen Mann mit hartnäckigem Lupus vulgaris faciei, der nach 144 Bestrahlungen mit dem Röntgenapparat als geheilt entlassen wurde. Bei den Naevis giebt Verfasser dem positiven Pol den Vorzug, nur mufs man die festhaftende positive Nadel durch vorsichtige

Umschaltung vor dem Herausziehen ein paar Sekunden lang negativ sein lassen, um sie ohne Schwierigkeit entfernen zu können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von Josef Jutassy. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 32.) Die Röntgenstrahlen beeinflussen, ohne daſs wir den sich dabei abspielenden Vorgang verstehen, eine Reihe von Hautleiden, vor allem den Lupus vulgaris. Es entsteht eine Entzündung, das kranke Gewebe stöſst sich los, es bildet sich ein gut granulierendes Geschwür. Beim Lupus erythematodes ist diese Therapie noch wenig versucht. Verfasser berichtet über einen so behandelten Fall, bei dem der augenblickliche Erfolg ein sehr guter war, jedoch blieb ein kleines Recidiv nicht aus. Auch bei Ekzema chronicum dorsimanus, Hypertrichosis faciei et colli, Angioma teleangiektodes (Naevus vasculosus s. flammeus) sah Verfasser in einem Fall ein gutes Endresultat. Hier stellte sich nach 14stündiger Bestrahlung eine eitrige Dermatitis ein, nach deren Abheilung eine glatte, weiſse, nur stellenweise rosarote, von normaler Haut kaum abweichende Narbe trat, die nur durch einen Pigmentrand sich stark abhebt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die Haut und über ihre therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten, von Scholtz-Breslau. (*Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1900.) Nach einer kurzen Schilderung der durch Röntgenstrahlen öfters beobachteten Reizerscheinungen der Haut (Hyperämie, Ulceration, Gangrän, Haarausfall) bespricht Sch. die therapeutische Anwendung der Strahlen, deren Wert besonders bei Favus capitis, Trichophytie und Sykosis simplex, weniger bei Lupus anerkannt wird, wenngleich auch bei letzterer Krankheit in Einzelfällen gute Resultate erzielt worden sind. Verfasser empfiehlt zur Vermeidung schädlicher Erscheinungen, mit kurzen Sitzungen in weiten Abständen der Röhre vom Körper zu beginnen und erst allmählich zur stärkeren und länger dauernden Anwendung überzugehen. Er stützt seine Ansichten auf die Erfahrungen, welche an der dermatologischen Klinik zu Breslau gemacht sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung, von E. Schiff und L. Freund. (*Med. Woche.* 1900. No. 33.) Die Hauptindikationen für die Anwendung der Radiotherapie sind Hautaffektionen, besonders durch Parasiten hervorgebrachte Dermatosen (Lupus vulgaris), ferner Affektionen, bei denen die Entfernung von Haaren ein wesentliches Moment für die Heilung darstellt (Favus, Trichophytie, Ringworm, Teignes, Pelades, Hypertrichosis), Furunkulosis, Akne, Lupus erythematodes. Diese Leiden können durch die Radiotherapie zu einer radikalen Heilung gebracht werden. Ein groſser Teil der unter dem Einflusse der Röntgenbehandlung auftretenden Hautveränderungen läſst sich auf den Einfluſs des Agens auf die Hautveränderungen zurückführen. Die stillen Entladungen der an der Röntgenröhre angesammelten Spannungselektrizität spielen eine wichtige Rolle, wobei direkte Funkenschläge Haarausfall bewirken, ferner Aussaaten und bereits entwickelte Kulturen des Staphylococcus pyogenes aureus, des Typhusbacillus, des Diphtheriebacillus, des Anthraxbacillus, des Soorpilzes, des Tuberkelbacillus und des Achorion Schönleinii in der weiteren Entwickelung hemmen resp. abtöten können. Diese Wirkung der direkten Funkenschläge kann durch verschiedene Umstände (Erdableitung vom exponierten Objekt, verlängerte Exposition, geringeren Elektrodenabstand etc.) erhöht werden. Die negativen Funkenentladungen wirken stärker als die positiven.

Nach diesen Versuchen haben die Röntgenstrahlen selbst keine physiologische Bedeutung. *I. Bloch-Berlin.*

Die Lichtbehandlung in der Dermatotherapie, von H. W. Stelwagon-Philadelphia. (*Univ. med. Mag.* Dez. 1900.) Verfasser schildert (unter Beifügung von photographischen Abbildungen) das Verfahren bei der Finsenschen Behandlung des Lupus mittelst des Sonnenlichts resp. elektrischer Lampen, wie er dieselbe bei einem Besuch in Kopenhagen persönlich kennen gelernt hat. Die der Methode anhaftenden Mängel (Langwierigkeit, grofse Kosten, zahlreiches Wärterpersonal) liegen ja zu Tage, doch beweisen die erzielten Resultate und die rasch zunehmende Zahl der zuströmenden Patienten den unzweifelhaften Wert des Verfahrens. Es werden täglich jetzt 200 Fälle oder darüber behandelt. S. glaubt, dafs Europäer wesentlich empfänglicher für Hauttuberkulose sind als seine Landsleute, immerhin ist diese Zahl eine erstaunliche. Für die Schleimhäute ist die Photographie nicht anwendbar. Solche Fälle werden mit täglichen Einpinselungen von starker Jodjodkaliumlösung und mit Galvanokauterisieren zweimal wöchentlich behandelt. Bei tiefsitzenden Hautläsionen wird auch mit Pyrogallolsalbe erfolgreich vorgearbeitet. Unter dem Wert der Methode für sonstige Hautläsionen läfst sich zur Zeit ein bestimmtes Urteil noch nicht fällen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der jetzige Standpunkt des Lichtheilverfahrens und Beitrag zur Wirkung elektrischer Lichtbäder, von Max Helm. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1900. No. 100.) In die Reihe der physikalischen Heilmethoden ist seit ein paar Jahren als jüngster Zweig das Lichtheilverfahren eingetreten. Man nimmt an, dafs das Licht die Haut durchdringt, Bacillen tötet, eine pigmentierende, Blutkörperchen zersetzende und neu auftauende Wirkung hat, und dadurch appetitanregend und Stoffwechsel erhöhend wirkt. Besonders Finsen hat grofse Erfolge mit der Lichttherapie erzielt, wie er z. B. von 462 Fällen von Lupus vulgaris 311 Fälle heilte. Ähnliche Resultate wurden bei anderen Hautkrankheiten, wie Lupus erythematosus, Epithelioma cutaneum, Acne vulgaris, Acne rosacea, Alopecia areata erreicht. Verfasser selbst benutzte das Verfahren in vielen Fällen, dermatologisch interessiert uns z. B. die Psoriasis, welche durch örtliche Bestrahlung mit elektrischem Licht günstig beeinflufst wurde. Seine Ansicht ist, dafs das Lichtverfahren allein zwar nicht als Heilverfahren genügt, dafs es aber als Teil einer allgemeinen Behandlung in vielen Krankheiten den gröfsten Wert besitzt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Hautkrankheiten bei Morbus Brightii, von H. Thursfield. (*Brit. med. Journ.* 17. März 1900.) An der Hand der Litteratur unterscheidet der Vortragende vier Gruppen von Hautaffektionen, welche im Gefolge der Brightschen Nierenkrankheit auftreten können: 1. solche Affektionen, welche die frühen Stadien der Krankheit charakterisieren und zwar der Pruritus, die Urticaria, das Ekzem; 2. solche, welche im Terminalstadium und in urämischen Zuständen auftreten, wie die universellen, erythematösen, bullösen und desquamativen Ausschläge; 3. die Purpura und andere hämorrhagische Zustände; 4. solche Affektionen, welche bei Patienten mit allgemeinem Ödem auftreten und sehr wahrscheinlich auf Invasion pyogener Mikroorganismen zurückzuführen sind.

Die Ursache des Auftretens solcher Affektionen bei der Brightschen Niere dürfte in der Wirkung eines Toxins oder vielleicht einer Kombination von Toxinen zu suchen sein.

Pye-Smith meint, dafs solche Fälle doch selten seien, bei vielen derselben dürfte es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen von Haut- und Nierenkrankheit handeln, so zweifle er, dafs das Ekzem, wie behauptet wird, in direkter Beziehung zur Nephritis stehe. In manchen Fällen gewinne es den Anschein, als ob die Albuminurie die Folge und nicht die Ursache der Hautkrankheit sei.

R. Crocker bemerkt, daſs es hauptsächlich das frühe und das spätere Stadium der Nierenkrankheit sei, in welchem sich Hautaffektionen hinzugesellen. Vorwiegend seien es erythematöse Ausschläge, die bei jeder Form von Nierenaffektionen auftreten können. Pruritus komme auch vor, aber häufiger doch bei Diabetes.

S. Ringer möchte hier die Wirkung der Toxine auf die Haut nicht als eine durch das Nervensystem vermittelte wie beim Zoster, sondern als eine direkte ansehen.

C. Berliner-Aachen.

Die Verwertung der Hydrotherapie bei der Behandlung der Syphilis und Blennorrhoe, von S. Munter-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Die Hydrotherapie ist ein wertvolles Unterstützungs- und Hülfsmittel bei der Behandlung der Syphilis mit Quecksilber und Jod, aber keineswegs, wie Vortragender wiederholt in diesem Aufsatze hervorhebt, allein im stande, die Syphilis zu heilen. Sie hat folgende drei Aufgaben zu erfüllen: 1. das Gefäſs- und Blutsystem zu tonisieren und die Wehrkraft der natürlichen Schutzmittel gegen die Syphilis anzuregen und zu erhöhen, 2. eine erhöhte Oxydation der Toxine und der Stoffwechselprodukte des Syphiliserregers und 3. hindurch eine leichtere Eliminierung derselben zu bewirken. Je nachdem es sich um kräftige, robuste oder um schwächliche, anämische Personen handelt, erreicht man diesen Zweck entweder durch intensive Kaltwasserkuren mit niedrigen Temperaturen oder durch mildere Maſsnahmen, für welche M. sich eine ganz spezielle Methode geschaffen hat, bestehend in Ganz- oder Halbpackung von 30—25° C. von ¾—1 Stunde, Vollbad von 33—37° C. von 15 Minuten, hierauf Vollbad von 26—20° C. u. s. w. Bei Personen, welche das Hg schlecht vertragen (Idiosynkrasie) ist die Verbindung einer Schmierkur mit einer intensiven Wasserkur sehr angezeigt, ferner nach vollendeter Quecksilberkur wäre wöchentlich 2—3 mal der regelmäſsige Gebrauch von sog. Stauungs-, Dampfkasten-, Heiſsluftbädern mit stets folgenden kühlen Applikationen sehr zu empfehlen. Im allgemeinen ist M. der Ansicht, daſs der Bade- oder Sommeraufenthalt dem Syphilitischen nur zur Erholung und Kräftigung dienen, die eigentliche Kur aber vorher zu Hause vollendet sein soll. Bei der akuten und chronischen Blennorrhoe hat sich noch keine systematische Hydrotherapie herausgebildet, auch hier dient sie nur zur Kräftigung des Körpers und Unterstützung der anderen therapeutischen Maſsnahmen. *Stern-München.*

Über Salbenpflaster (Mollplaste), von C. Dieterich-Helfenberg. (*Pharm. Ztg.* 1900. No. 50.) In den Salbenpflastern will Dieterich zu Verbandszwecken dienende Pflaster liefern, die die weiche, salbenartige Konsistenz der gewöhnlichen Salben und gleichzeitig die Klebkraft der Pflaster und Kautschukpflaster besitzen. Sie sollen alle Vorzüge der Pflaster und Salben in sich vereinigen, vor allem sollen sie haltbarer sein und mit jedem Medikamente in beliebiger Menge vermischt werden können. Sie werden in Tuben von ca. 20 g Inhalt gebracht. Diese tragen eine Skala, welche in Grammen geteilt ist und an der Seite einen Schlüssel tragen, mit dem die Pflastermasse herausgedrückt wird. Das Verfahren der Herstellung der Mollplaste ist patentiert und besteht darin, daſs eine unter Zusatz von Borsäure durch Erhitzen unter Druck erhaltene sterile Breimasse mit gewöhnlicher harter Pflastermasse unter Hinzufügung der betreffenden Medikamente vermischt und das Gemenge im Autoklaven auf 150—160° erhitzt wird. Die Mollplaste werden von der chemischen Fabrik Helfenberg hergestellt. *A. Strauſs-Barmen.*

Ein altes Präparat: der Liquor für die mit Krankheiten der Kopfhaut Behafteten (la liqueur des teigneux), von Liégois. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 41.) Eine alte, von einem unbekannten Autor stammende Formel lautet folgendermaſsen:

Strobil. Lupul. sicc.; Herb. Centaur. min. sicc. ā 40,0; Cort. Aurant. Fruct. 10,0; Kalium carbonic. 1,0; Alkohol (60%) 720,0. Macera per dies XXI, exprime et filtra. Das Präparat, das ursprünglich wohl bei „teigne" schlechthin, d. h. bei allen Erkrankungen der Kopfhaut ohne Unterschied angewendet wurde, wirkt, da Hopfen und Tausendgüldenkraut Antidyscrasica sind, bei Skrophulose der Drüsen, der Augenlider, der Nase, der Ohren, sowie bei skrophulösen Hautaffektionen sehr gut. Infolge seines reichen Gehaltes an Bitterstoffen leistet der Liquor auch bei Dyspepsien mit Hypaciditāt, sowie bei den durch solche Dyspepsien hervorgerufenen Dermatosen, wie Prurigo, Flechten, Ekthyma, Akne, Urticaria, Furunkulose gute Dienste. Die Dosen sind für Kinder 20—40 Tropfen, für Erwachsene 1 Eßlöffel voll dreimal täglich ½ Stunde vor den Mahlzeiten. Das Medikament wird immer acht Tage lang gegeben und dann acht Tage weg gelassen; in den Zwischenzeiten wird bei Dyspepsien und bei Dermatosen dyspeptischen Ursprungs Vichyer Salz oder Salzsäure verabreicht.

Götz-München.

Der Gebrauch von „Saw Palmetto" bei Geschlechts- und Harnkrankheiten, von Walter P. Ellis-Livermore. (*Louisville Journ.* 1900. No. 4.) Der Verfasser empfiehlt, um einem dringenden Bedürfnis abzuhelfen, ein neues Fluidextrakt von Palmetto, das neben der Droge Palmetto unter anderem auch Kola und Coca enthält, gegen allerlei Störungen des Urogenitaltraktus. Die Anführung von ganzen 2 Fällen, in denen das Präparat gute Dienste geleistet hat, vermag die Einführung eines neuen Medikamentes nicht zu rechtfertigen. *Hopf-Dresden.*

Über den Wert des Tuberkulins für die Diagnose und Therapie, von T. McCall Anderson-Glasgow. (*Lancet.* 1900. No. 4007.) Nebst einem ziemlich eingehenden Bericht über 5 Fälle von Lungentuberkulose, bei denen zum Teil das alte, zum Teil das neue Tuberkulin mit außerordentlich günstigem Resultate sowohl in Bezug auf diagnostische Aufklärung als auch in therapeutischer Hinsicht angewandt wurde, schildert A. seine Erfolge mit Tuberkulinbehandlung bei 35 Fällen von Lupus vulgaris, 7 Fällen von Scrophuloderma und 3 Fällen von Lupus erythematodes. Besonders bemerkenswert ist es, daß die 3 Patienten mit letzterer Affektion sämtlich als gesund entlassen wurden nach einer Behandlungsdauer von 2¾ Monaten, 2½ und 1¾ Monaten. Verfasser betrachtet diesen Erfolg als eine neue Bestätigung seiner Ansicht, daß Lupus erythematodes auch auf einer skrophulösen Basis beruht. Von den 7 Scrophuloderma-Fällen wurden 5 als geheilt, einer als fast geheilt und einer als nur gebessert entlassen. Dauer der Behandlung 3—5½ Monate. Die 35 Lupusfälle ergaben: Gesund entlassen 12, fast gesund 4, sehr wesentlich gebessert 7, wesentlich gebessert 8, gebessert 2, während 2 Fälle aus der Berechnung ausscheiden. Die Dauer der Kur variierte zwischen 7 Wochen und 6 Monaten. Anderson ist der festen Überzeugung, daß sowohl das alte wie das neue Tuberkulin bei sachgemäßer Anwendung im stande sind, ausgezeichnete Resultate zu liefern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Formalin in der Pflege der Füße beim Infanteristen, von G. Fischer. (*Presse méd.* 1900. No. 59.) Das Formalin dient dem Zwecke der Fußpflege ausgezeichnet infolge seiner dreifachen Eigenschaft, der baktericiden Wirkung, der Fähigkeit Schwefelwasserstoff, Mercaptan, Scatol, Ammoniakbasen und stinkende Fettsäuren in geruchlose Modifikationen umzuwandeln und der Fähigkeit, mit gelatinösen und hornigen Massen unlösliche Verbindungen einzugehen. Das Formalin dringt als äußerst flüchtiger Stoff gut in die Haut ein. Seine Toxicität ist gering für die Respirationswege, fast Null für die Haut, weil die sich bildende keratinierte Hautschicht das Eindringen weiterer Quanten Formalin in den Organismus hindert. Gerdeck

verwendet drei Modifikationen: 1. Konzentriertes Formalin, oder wässrige Lösungen von 30% bis 2½% zu Fufsbädern oder Umschlägen. 2. Formalindämpfe, die sich durch die Wärme aus Trioxymethyltabletten von 10 entwickeln. 3. Streupulver von 20%. Letztere beiden Anwendungsformen sind unpraktisch nach Ansicht Fischers. Einige Tropfen konzentrierten Formalins in die Schuhe geträufelt, benehmen denselben sofort und dauernd jeden üblen Geruch. *Hopf-Dresden.*

Ichthyol und dessen Verwendung bei einigen Hautkrankheiten, von A. Brownlie-Redcar. (*Lancet.* 24. Nov. 1900.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge, welche er bei äufserer und innerer Darreichung von Ichthyol bei einigen sehr intensiven Fällen von Ekzem, Akne, Rosacea (sowie Endometritis) erzielt hat. Bei akuten Fällen verwandte er eine 2—5% Stärke, bei chronischen 5—10%. Nur bei Pruritus war der Erfolg weniger befriedigend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Wert des Aristols, von J. Moir. (*Scalpell.* Juli 1900.) Verfasser betont die Bedeutung des Aristols als vorzüglichen Vernarbungsmittels bei Kombustionen, akrophulösen, syphilitischen und einfachen Ulcerationen, besonders wenn sie hartnäckig gegen andere Therapie sind. Anwendung in Salben- wie Pulverform. *Hopf-Dresden.*

Die therapeutischen Erfolge mit „Unguentum argenti colloidalis Credé“, von Wilhelm Strohmayer-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 31.) Der Verfasser kann auf Grund seiner Erfahrungen die Begeisterung, mit der das Unguentum argenti colloidalis von verschiedenen Seiten als „Spezifikum gegen Sepsis“ empfohlen worden ist, nicht teilen. Er hat von der Anwendung der Silbersalbe weder bei postpuerperalen allgemeinen und lokalisierten septischen resp. pyämischen Prozessen, noch bei anderweitigen, chronisch verlaufenden septischen, resp. eitrigen Prozessen, noch bei septischen Komplikationen des Scharlachs einen Erfolg gesehen. Bei Erysipel hat er die Silbersalbe nie angewendet, weil der aufserordentlich unregelmäfsige und sprunghafte Verlauf dieser Affektion Trugschlüsse bezüglich der Wirkung der eingeleiteten Behandlung nur zu leicht möglich macht. Die Mitteilungen verschiedener Autoren über den therapeutischen Effekt der Silberbehandlung bei septischen Phlegmonen sind nicht so überzeugend und einwandfrei, dafs man deshalb bei einer wirklichen akuten, diffusen, septischen Phlegmone zu gunsten dieser Silberbehandlung auf die bisher geübten frühzeitigen und ausgiebigen chirurgischen Eingriffe verzichten dürfte. *Götz-München.*

Antinosin bei Hauttransplantationen, von R. F. Amyx. (*St. Louis med. Journ.* 1900. No. 4.) Zur Nachbehandlung bei Hauttransplantationen, welche durch Substanzverluste (bei ausgedehnten Verletzungen, Verbrennungen) notwendig waren, hat sich Amyx das Antinosin im Vergleich zu anderen Verbandmitteln, wie normale (physiologische ? Ref.) Salzlösung, Talcum und Borsäure, vorzüglich bewährt und ist relativ schnelle Heilung eingetreten. Bei den Negern wirkte das trockene Pulver besser, während bei den Weifsen die Antinosinlösung vorzuziehen ist. Bei zweien der beschriebenen drei Fälle, wo es sich um ganz schwere Verletzungen resp. Substanzverluste handelte, trat völlige Einheilung der transplantierten Hautstücke ein, während bei dem dritten, wo fast die ganze Kopfhaut zu Verlust gegangen war, zwar noch keine Heilung eingetreten ist, die Antinosinverbände sich jedoch als das sicherste Antiseptikum unter verschiedenen, vergeblich versuchten, erwiesen.

Stern-München.

Über Anwendung des Epicarin in der Behandlung von Hautkrankheiten, von J. H. Rille-Innsbruck. (*Heilkunde.* 12. Sept. 1900.) Verfasser berichtet über seine Versuche bei Psoriasis und Scabies, er empfiehlt das Epicarin besonders wegen seiner relativen Reizlosigkeit gegen letztere Krankheit, während es bei der Psoriasis nur bei den milderen Formen von Nutzen zu sein scheint, der Vorzug des Epicarins vor dem ihm verwandten Naphtol β liegt in seiner Ungefährlichkeit, besonders auch in Bezug auf die Nieren. Weitere Versuche sind abzuwarten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Anwendung des Epicarins bei einigen Hautaffektionen der Kinder, von Eduard Kraus-Wien. (*Wien. med. Ztg.* 1900. No. 24.) Die Einwirkung einer 5%igen Epicarinsalbe mit 10% Olivenöl und mit Lanolin auf Scabies erzielte stets Heilung. Ungünstig beeinflufst wurde gleichzeitig bestehendes Ekzem. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 4 und 14 Tagen. Auch bei Herpes tonsurans hatte das Mittel glänzenden Erfolg, während es sich bei Prurigo als Antipruriginosum bewährte. *Hopf-Dresden.*

Kurze dermatotherapeutische Mitteilungen: Erfahrungen mit Ichthalbin, von F. Siebert-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Der Verfasser hat Ichthalbin bei Furunkulosis der Kinder gegeben (im ersten Lebensjahre 0,3 täglich dreimal, später 0,5—1,0 täglich dreimal), konnte aber eine sichere, deutliche Wirkung des Mittels nicht konstatieren. Dagegen wurden Juckausschläge der Kinder, Urticaria, Lichen urticatus und Strophulus, sowie einige Formen des Ekzems, die sich durch ihren fliegenden Charakter und ihr Auftreten in einzelnen zerstreut liegenden kleinsten Herden auszeichnen, durch Verabreichung von Ichthalbin anscheinend günstig beeinflufst. Wahrscheinlich wird diese Gruppe von Dermatosen zum Teil wenigstens durch Störungen im Darmkanal hervorgerufen; durch Beseitigung dieser Störungen kann Ichthalbin indirekt auf die Hautaffektionen heilend einwirken. *Göts-München.*

Über die therapeutische Verwendung des Jodipin, von Sessous-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 34.) Auf Grund eigener Erfahrungen kann der Verfasser bestätigen, dafs das Jodipin sich als spezifisches Luesmittel ebenso bewährt wie das Jodkalium. Es hat vor diesem den Vorzug, weniger Widerwillen zu erregen, weniger leicht Toxikationserscheinungen zu verursachen und zum mindesten keine Abnahme des Körpergewichts zu bewirken. In manchen Fällen, in denen Jodkalium versagt, wirkt Jodipin gut und rasch. Die subcutanen Injektionen von Jodipin hat sich als eine in manchen Fällen sehr wohl brauchbare Behandlungsmethode erwiesen.

Göts-München.

Über Jodipin, von Max Klar. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1900. No. 97.) Über das von Winternitz 1897 gefundene und von Merck in Darmstadt fabrikmäfsig hergestellte Jodipin existiert bereits eine grofse Litteratur, welche die Vorzüge dieses Mittels gegenüber anderen Jodpräparaten anführt. Es wird sowohl per os als auch subcutan appliziert und eignet sich besonders als Antisyphilitikum und zur Sicherung der Diagnose Lues in zweifelhaften Fällen, ferner als Antiasthmatikum (wofür Verf. verschiedene Krankheitsfälle ausführlich anführt) und resorptionsbefördernde Mittel bei tuberkulösen Schwielen. Endlich kann es zur Feststellung der Magenmotilität diagnostischen Wert beanspruchen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Erfahrungen mit Dr. C. L. Schleich's Marmorstaubseife, von Ernst Fuchsig. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 34.) Die theoretische Prüfung der Schleich'schen Marmorseife ergab, dafs dieselbe wohl im stande ist, künstlich infizierte

Hände von der aufgetragenen Bakterienart zu befreien, daſs aber Keimfreiheit der Hände mit derselben nicht zu erzielen ist. Die Befunde Schleichs, der in 97% der Fälle Sterilität erzielte, lassen sich durch die unzulängliche Methode desselben erklären. — Zur Desinfektion des Operationsfeldes ist die Marmorseife nicht geeignet, da sie schwer abzuspülen ist; eher ist sie zur Reinigung von Vagina und Rektum zu verwenden. — Ein Vorteil der Marmorseife ist Schonung der Hände. Trotz der ungünstigen theoretischen Ergebnisse wird dieselbe doch vom Verfasser empfohlen, da die praktischen Operationsresultate während ihrer Verwendung nicht schlechter waren, als bei Anwendung der Fürbringerschen Methode. (Es ist vielleicht hervorhebenswert, daſs Unna schon vor vielen Jahren Marmorseife zur mechanischen Behandlung der Haut bei Akne etc. empfohlen hat. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der Wert des Naftalans in der Therapie, von A. Klug. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 18—19.) Verfasser erklärt sich die Heilkraft des Naftalans in der Fähigkeit desselben, den verschiedenen Gewebselementen energisch Wasser zu entziehen, die abgestorbenen oder stark geschädigten Zellen des Entzündungsbezirkes aufzulösen, die weniger erkrankten Zellen zu regenerieren und sie, sowie sämtliche leistungsfähigen Zellen durch die ihm innewohnenden reizenden Eigenschaften zur erhöhten Thätigkeit im Sinne der Restitutio ad integrum anzuregen, ferner in der Fähigkeit, nicht bloſs die Gefäſse zu verengern, sondern auch die Gefäſswand und die Blutzellen so zu verändern, daſs weder eine starke Emigration von Leukocyten noch auch eine bedeutende Resorption von Entzündungsprodukten und toxischen Substanzen, selbst wenn sie sich im gelösten Zustande befinden, vor sich gehen kann, durch diese Eigenschaften wird der Schmerz, das Jucken und die Empfindung gemildert. Verfasser verwendete das Mittel bei verschiedenen Entzündungen und krankhaften Veränderungen der Haut oder deren Nachbarschaft mit gutem Erfolge, wenn die Epidermis entfernt oder lädiert war, z. B. akute und chronische Ekzeme, Verbrennungen ersten und zweiten Grades, Entzündungen der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Was die eitrigen, phlegmonösen und gangränösen Entzündungen betrifft, wäre das Naftalan von keinem der übrigen Heilmittel erreicht worden. Weniger sicher ist die Heilwirkung bei Erysipel, Prurigo und Psoriasis, was darauf zurückzuführen ist, weil sich da mehr oder weniger intakte Hornschicht vorfindet, wodurch die direkte Einwirkung auf den Erkrankungsbezirk vermindert wird, nichtsdestoweniger wird eine Verminderung des Schmerzes und Juckreizes herbeigeführt, mitunter wird auch vollständige Heilung erreicht. *A. Alpár-Alexandria.*

Über die Bestandteile des ostindischen Sandelölholzes, von H. v. Soden-Leipzig. (*Zeitschr. f. Kosmetik.* IV. No. 17.) Die Reindarstellung des Santalols wird schon seit langem im Laboratorium von Heine & Co., Leipzig, betrieben. Man versteht unter Santalol die über 300° C. siedenden, von allen anderen Beimengungen befreiten sesquitergen-alkoholischen Anteile des ostindischen Sandelholzöles. Die Darstellung eines so charakterisierten reinen Santalols hat Verfasser seinerzeit veröffentlicht. Das nach dem Verfahren fabrizierte Produkt kommt als „Gonorol" in den Handel.

Bernhard Schulze-Kiel.

Darstellung einer gelatineartigen festen Seife, von Jul. Stockhausen-Crefeld. (*Zeitschr. f. Kosmetik.* IV. No. 17.) Für den Dermatologen ohne besonderen Wert.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Sapodermin, von P. Meissner. (*Med. Woche.* 1900. No. 35.) Unter „Sapodermin" versteht man eine 30% Quecksilbercasein enthaltende überfettete Seife, die desinfizierende Wirkung hat. Bei Sykosis, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor,

Pityriasis rosea und Impetigo contagiosa hat Verfasser die Seife angewendet, indem er einen festen, konsistenten Schaum mittelst warmen Wassers und Rasierpinsels erzeugte, einrieb und eintrocknen liefs; eventuell wurde noch Guttaperchapapier herübergelegt. Die beste Wirkung wurde erzielt bei Impetigo contagiosa durch tägliches Einschäumen und Spülen mit lauwarmem Wasser. Auch die Pityriasis versicolor und Pityriasis rosea heilten gut, dagegen versagte das Mittel bei dem Herpes tonsurans und der Sykosis (Welcher? D. Ref.). Verfasser fordert zu weiteren Versuchen auf.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Sapolan, von Fritz Lesser - Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1900. No. 11.) Sapolan ist eine schwarzbraune, ganz leicht nach Ichthyol riechende Salbe, die sich sehr leicht in die Haut einreiben läfst; sie besteht aus 2½ Teilen einer speziell extrahierten und fraktioniert destillierten Rohnaphta, 1½ Teilen Lanolin und 3—4% wasserfreier Seife. Sie nähert sich in ihrer Wirkungsweise und Zusammensetzung den Theerpräparaten, ihre Anwendung hat jedoch anscheinend niemals eine störende Reizwirkung zur Folge. — Sapolan beseitigt nach den vom Verfasser gemachten Beobachtungen beim akuten Ekzem zwar die subjektiven Beschwerden, Brennen und Jucken, in kurzer Zeit, jedoch bleiben die eigentlichen Krankheitserscheinungen, Bläschenbildung und Nässen, vollkommen unbeeinflufst. Dagegen wurden von 30 Fällen von chronischem Ekzem 25 durch Sapolan vollkommen zur Heilung gebracht und zwar zum Teil in überraschend kurzer Zeit. Die Anwendung geschah in der Weise, dafs die Salbe 3—4 Tage hinter einander zweimal täglich messerrückendick aufgestrichen wurde, ohne dafs die Salbe von den vorhergehenden Tagen entfernt wurde; am vierten oder fünften Tage wurde die Haut mit eingeölter Watte gereinigt und dann die ganze Prozedur wiederholt. — Bei Pruritus senilis ergab die Behandlung mit Sapolan keinen oder wenigstens keinen andauernden Erfolg. Dagegen heilten 4 Fälle von Prurigo unter Sapolanbehandlung aufserordentlich schnell aus.

Götz-München.

Über den therapeutischen Wert des Urotropin, von Emil Suffan. (*Wien. med. Bl.* 1900. No. 28.) Bei allen jenen Fällen von Urosepsis alter Männer mit Prostatahypertrophie, bei den nicht akut septischen Blasen- und Nierenbeckenkatarrhen ist die Darreichung des Urotropin unumgänglich notwendig, da es oft lebensrettend wirkt. Demnächst ist Urotropin indiziert bei bakterienreicher Cystitis resp. Bakteriuria, welche sich an Blennorrhoe anschliefst, wenn es auch hier zuweilen versagt. Grofse Dosen (3,0 pro die) sind hier notwendig. Je mehr Formaldehyd im Harn erscheint, je weniger das Urotropin als solches unverändert ausgeschieden wird, desto besser die Wirkung. — Sehr prompt wirkte auch das Urotropin bei der Phosphaturie in sieben Fällen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Viscin und dessen therapeutische Verwendung, von Riehl. (*Disch. med. Wochenschr.* 1900. No. 41.) Das Viscin ist ein in den reifen Beeren und in der Rinde der weifsen Mistel (Viscum album) enthaltener kautschukartiger Körper, der bedeutend billiger als dieses, bis zu einem gewissen Grade als Kautschukersatz dienen kann. Verfasser hat Benzinviscinlösungen mit Pulvern verdickt und zu gut klebenden, durchaus reizlosen Pflastern verarbeitet, dünnere Benzinlösungen ersetzen das Traumaticin und lassen sich eine grofse Menge verschiedenartiger Medikamente inkorporieren. So giebt Zinkoxyd in Viscinlösung eingetragen eine sehr gute Paste, die zwischen Zinkleim und Lassarscher Paste stehend, noch besser vertragen wird, als letztere.

F. Hahn-Bremen.

Yohimbin (Spiegel), ein neues Aphrodisiacum. Verfasser nicht genannt. (*Therap. Monatsh.* 1900. No. 11.) Die Eingeborenen von Deutsch-Südwestafrika bereiten aus der Rinde des Yohimbehe- oder Yumbehrabaumes eine Aufkochung, deren Genuſs die sexuelle Potenz in erheblichem Maſse steigern soll. SPIEGEL gelang es, aus der Rinde des wahrscheinlich zu den Rubiaceen gehörigen Baumes neben anderen Alkaloiden ein Alkaloid darzustellen, das thatsächlich die der Rinde zugeschriebene Eigenschaft zu besitzen scheint; er nannte es Yohimbin. Dasselbe erwies sich zunächst bei den von OBERWARTH angestellten Tierversuchen als starkes, tötlich wirkendes Gift. L. LÖWY untersuchte dann die Wirkung kleiner Dosen; er benutzte eine 2‰ige Lösung von Yohimbinchlorhydrat, von der er 2½—5 ccm, also 0,005—0,1 der Substanz an Kaninchen, Kater und Hunde subcutan verabreichte. Die Injektionen bewirkten regelmässig Schwellung und Härterwerden der Geschlechtsdrüsen, Rötung des Penis und bei Katern und Hunden Schwellung des Penis, die bei den Hunden in der Regel, bei den Katern zuweilen zu Erektionen führte. Die Erscheinungen beruhen auf einer durch erhebliche Erweiterung der Blutgefäſse bedingten Hyperämie der Genitalien, die erst nach einigen Stunden zurückgeht. Die mikroskopische Untersuchung der Geschlechtsdrüsen und Nieren ergab, auch nachdem die Injektionen vier Wochen hindurch täglich wiederholt worden waren, durchaus normalen Befund. Albuminurie trat nie auf. Ob das Mittel auch die Spermatozoenbildung befördert, ist noch nicht klargestellt, ebensowenig seine etwaige Wirkung auf die weiblichen Geschlechtsorgane. Eine gröſsere Zahl von Versuchen, die E. MENDEL an Menschen anstellte, ergab, daſs das Mittel bei Impotenz infolge organischer Erkrankung wirkungslos ist, dagegen bei Impotenz infolge reizbarer Schwäche und bei paralytischer Impotenz eine unverkennbare Wirkung hervorbringt; dieselbe tritt manchmal sofort, in anderen Fällen nach wochenlangem Gebrauch ein. Irgend welcher nachteilige Befund wurde niemals beobachtet. Verabreicht werden dreimal täglich 5—10 Tropfen einer 1%igen Yohimbinchlorhydratlösung (Sol. Yohimbini hydrochlor. SPIEGEL 1,0 : 100,0), oder noch besser Yohimbintabletten, von denen jede 0,005 des Chlorhydrates, also die 10 Tropfen der 1%igen Lösung entsprechende Menge enthält. — Dargestellt wird das Yohimbin in der chemischen Fabrik Güstrow, welche auch die Tabletten fabriziert. *Götz-München.*

Recepte. (*Zeitschr. f. Kosmetik.* IV. No. 14—16. Als **Haarpomaden** werden eine Ricinusölpomade, Cantharidenpomade und Chinapomade empfohlen. Ferner schildert das Blatt die Zusammensetzung verschiedener Theaterfettschminken (weiſs, hellrot, tiefrot, Hautfarbe, schwarz). Als **Coldreams** empfiehlt es folgende Formeln: 1. Crême Circassienne: Gereinigtes Schweinefett 450 g, Benzoë Schweinefett 450 g, Rosenpomade 225 g, Mandelöl 900 g, Äther. Bergamottöl 8 g, Äther. Geraniumöl 7 g, Alcannawurzel 14 g. 2. Coldcream: Weiſses Wachs 7 g, Walrat 21 g, Mandelöl 85 g, Rosenwasser 112 g. Ein guter Toilettessig hat folgende Zusammensetzung: Portugalessig 70 g, Benzoëtinktur 2 g, Safran 1 g, Holzessig 100 g, Alkohol (85%) 2 Liter; nach 48stündigem Stehen wird filtriert. Das Recept für Bay-Rum lautet: Äther. Lorbeeröl 90 Tropfen, Äther. Pimentol 20 Tropfen, Essigäther 7 g, Bimstein grob zerstoſsen 7 g, Rektif. Weingeist 700 g, Aq. dest. 140 g, Jamaikarum 280; die Öle werden mit dem Weingeist gemischt, sodann der Rum, Essigäther und das Wasser zugesetzt. Zum Schlusse wird der Bimstein zugegeben und durch Papier filtriert. Ferner werden empfohlen **Honig-Glycerin-Gelée** (Isinglasrusse 4,5 g, Rosenwasser 170 g, Glycerin rein 180 g, geklärter Honig 42 g, Rosenessenz 6 Tropfen) und **Gileadbalsam** (Benzoëharz 112 g, Canadabalsam 450 g, durch Erwärmen gelöst, warm durchgeseiht und hinzugefügt Äther. Rosmarinöl 7 g, Limonenessenz 7, Cassiaöl 7 g.

Olivenharzpomade (Kosmeticum):

I. Wachs 470 g, Olivenöl 470 g, Harz 60 g;

II. Wachs 450 g, Benzoëschmalz 350 g, Olivenöl 100 g, Venetianisches Terpentin 100 g;

parfümiert und gefärbt wird nach Belieben. Zum Färben eignen sich die Anilinfarbstoffe sehr gut, für Blond nimmt man auch Okergelb, für Schwarz Beinschwarz oder Flammruſs.

Eau de Quinini:

I. (nach Pinaud)	*Chininsulfat*	1,5
	Kantharidentinctur	15
	Glycerin	120
	Tct. Rathanhae	30
	Spirit. Lavend.	75
	Weingeist	760
II. (nach Dieterich)	*Chininsulfat*	1,0
	Eau de Cologne	10,0
	Rum	100,0
	Weingeist	100,0
	Glycerin	100,0
	Rosenwasser	600,0

wird mit Alkannin schwach rot gefärbt.

Cydonia Crême:

Walrath	80
Olivenöl	240
Lanolin	320
Quittenschleim	360

Letzteres wird bereitet aus Quittenkernen 8 g

Wasser 360 g.

Bernhard Schulze-Kiel.

Haarwaschwässer. (*Zeitschr. f. Kosmetik.* IV. No. 17.) Von französischen Parfumeuren werden folgende drei Recepte empfohlen:

1. Haareinreibung:

Mandelöl süſs	280
Salmiakgeist	280
Rosmaringeist	840
Honigwasser	840

Mittelst eines Schwämmchens jeden Morgen einzureiben.

2. Haarrestaurator:

Tinct. Cantharid.	7 g
Tinct. Gallar.	7 g
Moschusessenz	2 Tropfen
Karmin	0,5 g
Rectif. Weingeist	28 g
Aq. Rosarum	140 g

Abends zu gebrauchen.

3. Rosmarinwasser:

Rosmarinöl	30 Tropfen
Rectif. Weingeist	7 g
Magnesia	7 g
Aq. dest.	1000 g

Das Öl wird mit dem Weingeist gemischt und mit der Magnesia im Mörser verrieben, sodann das Wasser allmählich zugesetzt, zum Schluſs filtriert.

Bernhard Schulze-Kiel.

Angioneurosen.

Ein Fall von diffusem chronischem Hautödem, von HEINRICH ROSIN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 38.) Bei einer 42jährigen Frau, bei der die Anamnese nichts Bemerkenswertes ergab, stellten sich nach mehreren Influenza-Attacken Anschwellungen der Haut, zuerst und am stärksten im Gesicht, später an Brust und Handrücken, Hals, Schultern, Unterarm, Rücken, Unterschenkeln ein. Die seit drei Monaten bestehende Erkrankung zeigt einen progredienten Verlauf.

Nachdem Verf. Erysipelödem, Myxödem, Morbus Basedowii, Sklerodermie, chronische Nephritis ausgeschlossen hat, gelangt er zu der Diagnose: einfaches Hautödem, und zwar ein diffuses, chronisches Ödem der Haut. Die Influenzaerkrankungen möchte Verf. nicht in ätiologischer Hinsicht verwerten. Er nimmt eine abnorme Durchlässigkeit der Gefäfse als Ursache an.

I. Bloch-Berlin.

Diffuses chronisches Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes, von W. LUBLINSKI. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 49.) Ausführliche Beschreibung eines selbst beobachteten Falles. Durch Ausschluſs aller einschlägigen Diagnosen benannte Verf. den Fall auf obige Art. Therapeutisch bewährten sich weder Arsen noch Schilddrüsentabletten besonders. Zur Erklärung der Ätiologie bringt Verf. nichts Neues.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht, von M. L. H. S. MENLO. *Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 40.) Zur Anasarcabehandlung benutzt Verfasser nur selten die Schnittmethode, da die Wunden bald zu schnell, bald zu langsam sich schlieſsen, da ferner die Kranken ewig naſs liegen, ungeheuer viel Verbandstoffe nötig sind, Infektionen doch leicht vorkommen können. Deshalb ist die Drainagemethode vorzuziehen, wozu Verfasser die CURSCHMANNschen Kanülen in modifizierter Form verwendet. Es wird stets nur eine Extremität des auf einem Luftkissen gelagerten Kranken punktiert, die Kanüle wird mittelst Jodoformgaze und Heftpflasterstreifen befestigt und bleibt nicht länger als 12 Stunden liegen. Zum Verschluſs der Wunde dient ein tourniquetartiger Apparat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Urtikariaanfall in den Tropen, angioneurotisches Ödem vortäuschend, von S. GREEN. (*Med. News.* 8. Sept. 1900.) 23jähriger, gut entwickelter Mann kam wegen heftigen Juckens in Behandlung; bei der Untersuchung waren Gesicht, Rumpf, Extremitäten mit roten, unregelmäſsigen Flecken bis zu Markstückgröſse bedeckt, Temperatur 38° C., geringe Magendarmstörung. Nächsten Tages war nach Ordination eines Bay-Rum-Bades und entsprechender Diät der Zustand noch schlimmer, es war zudem Ödem an den Geschlechtsteilen vorhanden, welches sodann das ganze Gesicht hochgradig befiel, so daſs Patient kaum Lippen und Augenlider öffnen konnte. Das Ödem ging bis zum nächsten Tag fast völlig wieder zurück, die Urtikaria blieb jedoch

noch bestehen, das heftige Brennen und Jucken, besonders an Händen und Füßen, fand durch Einreibungen mit Campherspiritus zeitweise Besserung, wiewohl die nächtliche Verschlechterung den Schlaf sehr störte; nach 5 Tagen Besserung und allmählicher Rückgang der Erscheinungen. Es war zu jener Zeit sehr warmes Wetter und die Atmosphäre sehr feucht und drückend (also Einfluß auf die Dermatose? Referent).

Stern-München.

Im Verein für innere Medizin in Berlin, Sitzung am 26. November 1900 (*Disch. med. Wochenschr.* 1900. No. 51) berichtete Lippmann über **zwei Fälle von Raynaud-scher Krankheit**; die erste Patientin, ein 39jähriges Dienstmädchen, ist seit zehn Jahren krank; die Krankheit entstand, nachdem sie nach Waschen in kaltem Wasser die Hände sofort in heißes Wasser getaucht hatte; seitdem wurden die Hände nicht kalt, blau, steif und schmerzhaft; an einzelnen Stellen verdickt sich die Haut, bricht zeitweise auf, ohne daß Absonderung eintritt, und diese harte, schmerzlich verfärbte Haut stößt sich ab; die Finger sind verkürzt, kolbig aufgetrieben; es hat sich eine Art Sklerodaktylie eingestellt: das Mädchen kann die Finger nicht einschlagen; durch Röntgenphotographie ließ sich erkennen, daß sämtliche Knochen der ersten Phalangen einer Atrophie verfallen sind, die erste Phalange des Zeigefingers fehlt überhaupt vollkommen. Auch die Knochen der Mittelphalangen sind verkürzt und verschmälert. Die zweite Patientin, eine Dame von 64 Jahren, leidet seit 9 Monaten an der Krankheit; die Patientin hat viele schwere Schicksalsschläge erlitten und fast dauernd unter dem Eindruck deprimierender Momente gestanden; auch bei dieser Dame werden die Finger leicht weiß, dann blau, kalt, steif und schmerzhaft; diese Patientin erlitt eine isolierte Gangrän des linken vierten Fingers im Anschluß an ein leichtes Trauma. Auch hier ließ sich radiographisch eine beginnende Knochenatrophie dadurch nachweisen, daß die einzelnen Knochenplättchen auf der photographischen Platte besonders deutlich hervortreten. In beiden Fällen waren die Patientinnen im übrigen vollkommen gesund, vor allem war das Herz normal und der Urin zuckerfrei; es sind also beides reine, unkomplizierte Fälle von lokaler Asphyxie.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Purpura haemorrhagica, von Nebrkorn-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 40.) Ein bis dahin gesunder Arbeiter erkrankte plötzlich mit heftigem Nasenbluten, das 2 Tage lang anhielt; am 2. Tage traten zudem zahlreiche blaurote Flecken auf der Haut, sowie Hämaturie und Blutung aus der Mundschleimhaut auf. Der Befund des 2. Tages war folgender: Zahlreiche, zum Teil sehr ausgedehnte Hauthämorrhagien und Suffusionen, sowie hämorrhagische Pusteln an den Extremitäten, vereinzelte Hämorrhagien und Blutbläschen im Gesicht und am Rumpf; starker Foetor ex ore, Zahnfleisch blaß mit blaurötlichem Rand, auf demselben nur spärliche Hämorrhagien, an der Zunge, der Uvula und den Gaumenbögen zahlreiche Hämorrhagien und Suffusionen. Nachdem noch wiederholt blutiger Urin entleert worden war, erfolgte am 4. Tage der Exitus. Bei der Sektion fanden sich ausgedehnte Blutungen in der Haut, Muskulatur, Herz, Lungen, in den porösen Häuten, sowie in den Schleimhäuten. Die bakteriologische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. — Der Symptomenkomplex, wie der foudroyante Verlauf entsprachen der infektiösen Form der Purpura haemorrhagica, die, ohne Folgekrankheit eines Rheumatismus, einer Sepsis oder einer anderen Infektion zu sein, primär mit Symptomen einsetzt und als eine Infektion sui generis aufzufassen ist. Die Art dieser Infektion und ihre Urheber sind freilich noch nicht erforscht.

Göts-München.

Ein eigentümlicher Fall von Purpura, von H. W. Spaight-Ramsgate. (*Lancet.* 8. Dez. 1900.) Ein sonst subjektiv und objektiv offenbar gesundes 9jähriges

Mädchen wurde mit einer die ganze Oberfläche des Körpers einschliefslich des Gesichts und der Kopfhaut einnehmenden Aussaat von Petechien und Ecchymosen aufgenommen. Entstanden war die Affektion innerhalb 24 Stunden. Es folgten noch Blutungen aus der Nase, den Ohren, sowie Haematemesis, Haemoptoe und Melaena, aber binnen 14 Tagen wurde Patient geheilt entlassen. — Therapie: Liq. arsenic. Fowler nebst Syrup. phosphor. ferr. compos. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Purpura rheumatica, von A. Bliss-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Sept. 1900.) Malaria wird in letzter Zeit häufig als ätiologischer Faktor für Purpura angeführt (von Spolverini sind in den *Annales de médecine et chirurgie infantiles.* 1900, No. 10, 7 Fälle dieser Ätiologie beschrieben), und vorliegender Fall, welcher einen $6^1/_2$jährigen Knaben betraf, ist ein weiterer Beleg für diese allgemeine konstitutionelle Ursache der Purpura. Aufser zahlreichen grofsen roten Flecken und kleineren Petechien an den Extremitäten, welche intensives Jucken und Brennen verursachten, war beträchtliche Steifheit am rechten Knie- und linken Ellenbogengelenk mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit, jedoch ohne Röte, vorhanden. Diese Gelenksaffektion war morgens immer verschwunden, um abends gegen 5 Uhr wieder von neuem aufzutreten. Am 8. oder 9. Tag war die Haut völlig frei, aber jeden Nachmittag von 4—6 Uhr stellte sich noch immer Steifheit in den Gelenken bei ca. 38° Körpertemperatur ein. 2 Monate vorher war der Knabe wegen ernster Malarianfälle — am 9. Tage derselben zeigte das Blut die typischen Plasmodien — in Behandlung. Ein zweitägiger Ausbruch der Purpura — ohne Gelenksaffektion — war dem ersten noch 14 Tage später gefolgt. *Stern-München.*

Purpura rheumatica und Angina, von Alfred Bruch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 45.) Der Verfasser hat 4 Fälle von Purpura rheumatica beobachtet, die sich alle unmittelbar an eine lakunäre Angina anschlossen; in 2 Fällen bestanden neben den charakteristischen Gelenkschmerzen auch heftige Muskelschmerzen an verschiedenen Stellen. Auf Grund dieser Beobachtungen, sowie zahlreicher in der Litteratur mitgeteilter Fälle nimmt der Verfasser an, dafs Angina lacunaris, akuter Gelenk- und Muskelrheumatismus, sowie gewisse zum Rheumatismus in Beziehung gebrachte Hautaffektionen, wie die Purpura rheumatica, ätiologisch zusammengehören und im wesentlichen der Ausdruck einer Infektion mit pyogenen Mikrobien sind. Die Entzündungen der Gelenke und der Muskeln, sowie die Blutungen in die Haut, in die Schleimhäute und die inneren Organe sind demnach lediglich durch die Allgemeininfektion bedingt, die ihren Ausgang von der als Infektionskrankheit zu betrachtenden Tonsillitis genommen hat. Als Eingangspforte für die Krankheitserreger kommen in einzelnen Fällen wohl auch andere Organe, z. B. das Ohr, in Betracht.

Göts-München.

Ein eigenartiger Fall von Purpura rheumatica, von Edel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 39.) Der an einer akuten croupösen Pneumonie erkrankte Patient machte zunächst einen heftigen Anfall von Delirium tremens durch. Dann traten Schmerzen in Knien und Waden auf, und nun zeigten sich zunächst punktförmige Hämorrhagien an den Schenkeln, die bis zu 3 cm Durchmesser wachsen und sich papelförmig 2 mm über das Hautniveau erhoben. Nach etwa 1tägigem Bestehen sank das Centrum ein, so dafs das so entstandene Bild an Erythema exsudativum erinnerte. Allmählich sank auch der periphere Wall ein, und der zurückgebliebene blaurote Fleck nahm allmählich die verschiedenen durch die Umwandlung des Blutfarbstoffs bedingten Farben an. In den nächsten Wochen traten dann noch mehr erhabene, unregelmäfsige Blutflecke an allen möglichen Hautstellen auf, später auch

gelegentlich Quaddeln, die hämorrhagisch wurden. Dann trat Stomatitis auf; am Rücken zeigten sich strichförmige Hämorrhagien, entsprechend den durch den Druck der Falten des Bettlakens erzeugten Vertiefungen. Beherrscht wurde das Krankheitsbild ferner durch Schwellungen, die, aufserordentlich schmerzhaft, die Muskulatur mit einbegriffen und über denen die Haut ödematös war. Nach einigen Tagen gingen sie zurück und hinterliefsen eine gelblich-grünliche Hautverfärbung; diese Schwellungen traten 17 mal hintereinander an verschiedenen Körperstellen auf, und zwar stets zuerst an der linken Seite und dann mit frappierender Gesetzmäfsigkeit nach ½—3 Tagen auf der korrespondierenden Stelle der rechten Körperhälfte; endlich machte sich eine aufserordentlich starke Neigung zum Schwitzen bemerkbar. Bei der Untersuchung des Blutes fiel die abnorm beschleunigte Gerinnbarkeit auf; stets fand sich eine auffallend grofse Zahl von Blutplättchen. Die Krankheit ging nach fünfwöchentlichem Bestehen in völlige Genesung über. Das dargereichte Natrium salicylicum war ohne erkennbaren Erfolg. Unter Würdigung der verschiedenen nicht gewöhnlichen Symptome erklärt Verfasser seinen Fall für eine Purpura rheumatica. Von theoretischem Interesse für das Entstehen dieser Erkrankung, die bisher meist als Folge einer Infektion angesehen wird, ist das Auftreten der erwähnten Schwellungen, die immer zuerst links, dann rechts auftreten; hier müssen notwendig vasomotorische Einflüsse in selbständiger Weise wirksam gewesen sein. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von intensivem Ausschlag bei einem Kinde mit Typhus abdominalis, von A. Maude-Westerham. (*Lancet.* 8. Dez. 1900.) Der 12jährige, schlecht genährte Knabe entwickelte zwischen dem 10. und 15. Krankheitstage so zahlreiche Roseolen am ganzen Körper, dafs es unmöglich war, sie zu zählen. Die Widalsche Reaktion ergab deutliche Agglutination, doch war dieselbe nicht besonders prompt, noch waren die Klumpen sehr grofs. Eine Erklärung der ungewöhnlichen Hautaffektion war nicht zu finden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Roseola typhosa, von Eug. Fraenkel-Hamburg. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskr.* Bd. 34.) Nachdem Neufeld im Jahre 1899 durch Anwendung einer besonderen Methode den Beweis erbracht hatte, dafs das Roseolenblut Typhusbacillen enthält, oder auch, dafs die Roseolen ihre Entstehung der Invasion des Typhusbacillus in die Haut verdanken, war es noch nötig, anatomisch die Typhusbacillen in dem erkrankten Hautorgan nachzuweisen. Dieser Aufgabe unterzieht sich Verfasser an 5 Fällen im Hamburger allgemeinen Krankenhaus. An der Hand beigegebener sehr guter Photogramme beschreibt Fr. eingehend den mikroskopischen Befund der excidierten Roseolen und kommt zu dem Resultat, dafs die Typhusroseolen durch metastatische Ablagerung von Typhusbacillen in Lymphräumen der Haut bedingte Entzündungen der letzteren darstellen, ja, dafs es dabei bisweilen sogar zu herdweisen nekrobiotischen Vorgängen an umschriebenen Stellen des Papillarkörpers wie der bedeckenden Oberhaut kommen kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kasuistik der Hautausschläge bei Typhus recurrens, von Lubli. (*Wratsch.* 1900. No. 30.) Infolge der Seltenheit der Beobachtung von Exanthemen berichtet Verfasser über folgende Beobachtung. Es handelte sich um einen zweifellosen Fall von Recurrens, bei dem sich anfangs ein kleinpapulöses Exanthem auf dem Bauch und der rechten Seite des Halses und Petechien in beiden Ellenbogen einstellten. Später kam es auch zu Petechien auf Brust, Bauch, Rücken und unteren Extremitäten und zu guterletzt auch noch zu Petechien auf der Nase, den Lippen und Wangen. Unter Schelferung, wobei die Haut in grofsen Stücken abging, ging alles wieder zurück. *A. Jordan-Moskau.*

Eine neue Erkrankung mit spezifischer Urinreaktion, von N. F. Surveyor-Bombay. (*Lancet* 11. Aug. 1900.) Eine junge Frau, Eingeborene, befand sich in Behandlung wegen Schnittwunde am Daumen. Im weiteren Verlauf trat neben Schmerzen im linken Auge und ödematöser Anschwellung des Gesichts ein stecknadelkopfgroſser vesikulöser Ausschlag bei geringer Temperatursteigerung hervor. Der Urin enthielt wenig Harnstoff, Harnsäure, Indikan oder sonstige Bestandteile (Salze). Auf Zusatz von starker Natronlauge trat eine intensiv rosig-violett glänzende Farbe hervor; dieselbe wurde blasser unter der Einwirkung von Reduktionsmitteln, intensiver bei Gegenwart von Oxydationsmitteln. Der Farbstoff war unlöslich in Wasser, Alkohol, Äther u. s. w. Nicht nur Natronlauge, sondern auch verschiedene andere Alkalien ergaben die gleiche Reaktion. Spektroskopisch konnte kein Streifen nachgewiesen werden. Die Abnormität blieb 17 Tage lang bestehen, verschwand alsdann auf ungefähr ebenso lange und zeigte sich dann eine kurze Zeit lang wieder. Eine ähnliche Erscheinung hat S. noch bei einem Fall von Skorbut und einem von febriler Leberhyperämie beobachtet; seine sonstigen Untersuchungen bei 195 Kranken blieben negativ. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Terpentinölwirkung, von H. Schulz-Greifswald. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 28.) Um feststellen zu können, ob Terpentinöl in starker Verdünnung überhaupt noch irgendwelche Wirkungen äuſsern kann, hat der Verfasser gesunden Menschen eine gewisse Zeit hindurch täglich 20 Tropfen einer 1%igen, einer zweiten Gruppe täglich 20 Tropfen einer 0,1%igen alkoholischen Terpentinöllösung verabreicht. Neben anderweitigen, zum Teil recht bedeutenden Störungen, die sich unter dem Einfluſs des Terpentinöls entwickelten, wurde bei zwei Personen, die von der 0,1%igen Lösung erhielten, eine Aknebildung beobachtet. Die Akne ging nach wenigen Tagen von selbst wieder zurück und zwar zuerst dort, wo sie begonnen hatte. Hautausschläge als Terpentinwirkung sind nichts Unbekanntes; auffallend ist nur, daſs bei Verwendung der stärkeren Lösung keine Dermatosen auftraten. *Göts-München.*

Traumatische Entzündungen.

Der eingewachsene Nagel, von Rud. Oehler. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1900. No. 74.) Der eingewachsene Nagel ist wesentlich eine Sommererkrankung (Einfluſs der Sonnenhitze in Kombination mit fehlerhaftem Schuhwerk). Verfasser empfiehlt folgende Methode zur Heilung des Unguis incarnatus. Erste Bedingung: breites, geräumiges Schuhwerk. Dann muſs der Nagel vom Nagelfalz allmählich abgedrängt werden. Wenn man ganz schmale, kleine Mullstreifen nimmt und vorsichtig am hinteren Ende des Nagelfalzes anfängt einzustopfen, so kann man den gewulsteten Hautrand vom Nagel abdrängen. Auſserdem muſs unter den vorderen Rand des Nagels ebenfalls etwas Mull untergestopft werden, um denselben zu heben. So läſst sich die Falz immer mehr vom Nagelrand abdrängen. Die wunde Stelle liegt schlieſslich frei und offen da. Um die Epidermisierung zu begünstigen pflegt Verfasser auf das eingestopfte Läppchen einen Tropfen Tct. Rusci zu bringen. Dann wird mit 1—2 kleinen Streifen von Zinkkautschukpflaster das Läppchen fixiert. Täglich wird diese Procedur wiederholt. Geschnitten wird nicht. Nur nekrotische Nagelsplitter werden mit der Pinzette entfernt. Nach 6 bis 12 Tagen ist die Heilung vollendet. *I. Bloch-Berlin.*

Der Schreck als Todesursache bei Kindern mit leichten Verbrennungen, von Cioffi. (*Rif. med.* 1900. No. 19—21.) Es wird gewöhnlich angenommen, daſs

Brandwunden, um lebensgefährlich zu werden, einen bedeutenden Teil der Körperoberfläche einnehmen müssen und dafs in derartigen Fällen der Tod infolge von Herzlähmung durch physischen Chok eintritt. Cioffi ist dagegen der Ansicht, dafs dieses durch moralischen Chok infolge des Schrecks geschieht. Er führt sechs Fälle an, welche Kinder im Alter von 1—7 Jahre betreffen, welche vorher ganz gesund, aber von nervöser Konstitution waren. Dieselben hatten sich unter besonders schreckenerregenden Bedingungen anscheinend ganz leichte Brandwunden zugezogen, die einen Umfang von wenigen cm² einnahmen und von heftigem Fieber mit Delirien, mit oder ohne Krämpfen und rasch eintretendem Tode gefolgt waren. Es ist somit ratsam, bei Verbrennungen bei Kindern, auch wenn sie ganz leichter Art zu sein scheinen, sehr vorsichtig in Bezug auf die Prognose zu sein. *C. Müller-Genf.*

Mittel gegen aufgesprungene Hände. (*Zeitschr. f. Kosmetik.* IV. No. 14.) Die Hände sind trocken zu halten und mit Ung. cereum oder Ol. olivarum etwas einzufetten. Bei rissigen Händen hilft folgende Handschminke: Zinkoxyd 5,0, Wismuthoxydchlorat 2,0, mit fettem Öl 12,0 verrieben, dann Glycerin 5, Lanolin 30, Rosenwasser 10. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zu dem Kapitel der Hautverbrennung durch Röntgenstrahlen, von Deutschländer. (*Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen.* Bd. III. Heft 5.) Der 21jährige Patient war in zwei Tagen fünfmal mit Röntgenstrahlen an der Hüfte photographiert worden. Drei Tage später wurde er operiert (alte osteomyelitische Fisteln). Nach vier Tagen fand sich eine erhebliche Hautrötung, wie ein Erysipel. Bei nächsten Verbandwechsel hatte sich die Epidermis blasig abgehoben, einige Tage später war die Epidermis abgestofsen und eine intensiv rote Granulationsfläche lag frei zu Tage, umgeben von einem 2 cm breiten Saume geröteter Haut. Allmählich begann dieser abzublassen, die Überhäutung begann am Rande; dann stand die Epidermisation eine Zeitlang still, die Granulationen blieben torpide, ein harter Narbenwall bildete sich; nach monatelangem Bestehen trat dann das definitive Vernarbungsstadium ein. In therapeutischer Hinsicht gab es kein Mittel, die Heilung zu beschleunigen. *F. Hahn-Bremen.*

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (Sitzung vom 21. Mai 1900) berichtete Peters über einen Fall von **Augenerkrankung durch Primula sinensis**: die Patientin, eine ältere Dame, erkrankte bald, nachdem sie an einer geschenkten Primel gerochen hatte, an einer urticariaähnlichen Affektion der Haut der Arme und des Gesichts mit gestörtem Allgemeinbefinden, sowie an einer serösen Iritis; die Affektion heilte unter milder Behandlung rasch. Im Anschlufs daran sprach Woters über die **Primeldermatitis**; bisher sind drei Primelarten bekannt, die Hautaffektionen hervorrufen können. Die gefährlichste Sorte ist offenbar die Primula obconica; es finden sich an ihr zwei Sorten von Haaren, einmal spitze, die durch ihr Eindringen in die Haut die Urticaria hervorrufen können, und sodann solche, die an ihrem Ende eine mit gelblichem Sekret gefüllte Blase tragen; in diesem Sekret sehen andere Autoren die Toxe. Jedenfalls befähigt erst eine individuelle Disposition zur Erkrankung an Primeldermatitis. *F. Hahn-Bremen.*

Über Hautentzündung durch Primelgift (Dermatitis e Primula obconica Hauce), von Piza. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 45.) Verfasser giebt eine, allerdings nicht vollständige Übersicht über die mitgeteilten Fälle von Primeldermatitis. Die Ursache der Hautentzündung sieht er in dem gelblich-grünlichen Sekret

der Trichome, der Drüsenhaare der Primel. Interessant ist, dafs bei Versuchen oft zuerst keine Vergiftungserscheinungen auftraten; erst nach mehreren erfolglosen Versuchen kam die Hautreizung zu stande. Denjenigen Personen, welche mit der Pflege der Primula obconica zu thun haben, wird empfohlen, Handschuhe bei der Arbeit zu tragen. *F. Hahn-Bremen.*

In der Académie de Médecine (Sitzung vom 9. Oktober 1900; nach *Journ. d. pratic.* 1900. No. 42) sprach VALLIN über die **Ätiologie der Dermatitis der Seidenspinnerinnen.** FABRE hat nachgewiesen, dafs sich in den Abgängen und Exkreten der Seidenraupe, wie sie der Kokon vor seiner Erschliefsung enthält, ein hautreizender, blasenbildender Stoff findet. Dieser Stoff wird durch das warme Wasser, in welchem die Kokons verarbeitet werden, aufgelöst und erzeugt auf der Haut der Finger und Hände der Arbeiterinnen die bekannte charakteristische Dermatitis.

Götz-München.

Hautausschlag nach Krotonöl, von URQUHART. (*Brit. med. Journ.* 17. März 1900.) Ein Mann in den mittleren Jahren, welcher an Phthisis und an Mania, verbunden mit hartnäckiger Obstipation, litt, bekam gegen die letztere innerlich zwei Tropfen Krotonöl mit gutem Erfolge. Drei Tage darauf brach am Körper ein diffuser hellroter Ausschlag aus, der im weiteren Verlaufe in ein papulöses, dann in ein pustulöses, Stadium überging. Befallen war hauptsächlich die obere Partie des Sternum und der Nacken. Sechs Tage später starb der Patient etwas plötzlich an Erschöpfung. Von Interesse ist, dafs der Ausschlag nach dem Tode in Form von gelblichen Papeln mit schuppigen Köpfchen persistierte. Die Autopsie ergab Tuberkeln in den Lungen, Degeneration der Leber und der Nieren. *C. Berliner-Aachen.*

Über Gangrän infolge von Anwendung verdünnter Karbollösungen, von F. B. HARRINGTON. (*Am. Journ. med. scienc.* 1900. No. 859.) Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und von Mitteilungen aus der Litteratur warnt H. dringend vor der dauernden Applikation von selbst 1%igen Lösungen. Binnen fünf Jahren hat er am Massachusetts-General-Hospital 18 Fälle von Karbolgangrän beobachtet, und in der Litteratur hat er 114 Beobachtungen in 60 Publikationen vorgefunden. Ein einschlägiger Fall mit totaler Nekrose der beiden Endphalangen des Zeigefingers bei einem 26jährigen Mädchen nach 24stündiger Einwirkung der Karbollösung wird in extenso mitgeteilt. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben den Erscheinungen der Nekrose eine in die Tiefe gehende purulente Entzündung und Hämorrhagien.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Der Herpes zoster beim Kinde, von A. PROVINS. (*Thèse de Paris.* 1900.) Der Herpes zoster beim Kinde unterscheidet sich in mehrfacher Beziehung vom Herpes zoster der Erwachsenen. Während bei dieser die die Affektion einleitenden und begleitenden Allgemeinerscheinungen meist sehr heftig sind, sind sie bei Kindern, insbesondere bei Kindern unter 10 Jahren, nur leicht angedeutet; sie bestehen hier lediglich in Unbehagen, Appetitlosigkeit und leichtem, 2—3 Tage dauerndem Prodromalfieber, das mit dem Beginn der Eruption gewöhnlich schwindet. Niemals gehen der Eruption bei Kindern Schmerzen voraus, bei Kindern unter 10 Jahren verläuft sogar die ganze Affektion schmerzlos, erst bei älteren Kindern treten leichte brennende oder stechende Schmerzen auf. Das Exanthem endigt nicht immer in der Mittellinie,

greift vielmehr häufig auf die gesunde Seite über. Herpes zoster kommt bei Kindern nur selten vor. Die häufigste Ursache ist chronische Dyspepsie und Intoxikation durch Nahrungsmittel; aufserdem kommt er im Verlaufe akuter Infektionen, sowie im Verlaufe chronischer Krankheiten, besonders der Tuberkulose vor, ferner nach Erkältungen und Traumen. Mehrere Male wurde nach Herpes zoster bei Kindern langdauernde Anämie beobachtet. *Götz-München.*

Recidive bei Herpes zoster, von Dubreuilh. (*Indépend. méd.* 1900.) Eine vom Verfasser behandelte Dame hatte 26 Jahre vorher einen typischen Herpes zoster durchgemacht, welcher ihrer Form, Gruppierung und Verteilung nach charakteristische, auch charakteristischerweise anästhetische Narben zurückgelassen hat. Ihr derzeitiges Leiden ist wiederum ein Herpes zoster der linken Interkostalregion. Ätiologisch ist keine Schädlichkeit zu eruieren, besonders bestehen keinerlei Zeichen von Tuberkulose. *Hopf-Dresden.*

Akute Exantheme.

Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der akuten Exantheme, von Siegel. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 6. Februar 1900.) In einer früheren Publikation hatte der Verfasser über drei Arten von Gebilden berichtet, die er regelmäfsig in allen Arten von Vaccineblasen und in möglichst jungen Blasen der Maul- und Klauenseuche gefunden hatte. Sämtliche Gebilde reagierten weder auf chemische Reagentien noch auf Farbstoffe. Verfasser erweitert diese Mitteilungen und fügt Photogramme bei. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verwechselung zweier verschiedener Krankheiten unter dem Namen Rubella (Röteln), von C. Dukes-Rugby. (*Lancet.* 14. Juli 1900.) Auf Grund mehrfacher Beobachtungen kommt Verfasser, welchem als Arzt der grofsen öffentlichen Schule in Rugby besondere Gelegenheiten geboten waren, sich mit den akuten Exanthemen zu beschäftigen, zu dem Resultate, dafs neben Masern, Scharlach und Röteln (Rubella, Roserash, German Measles) noch eine weitere Krankheit existiert, welche am meisten Ähnlichkeit noch mit der scharlachartigen Form der Röteln hat, aber doch von derselben deutlich zu unterscheiden ist. Er nennt sie vorläufig „die vierte Krankheit." Der Hauptbeweis für die Richtigkeit seiner Ansicht sieht D. in dem Umstand, dafs Knaben, welche bereits Röteln durchgemacht hatten, (in der einen Epidermie 42% der Patienten) doch an dieser vierten Affektion erkrankten und umgekehrt. Das Auftreten einer solchen Epidemie hat D. dreimal, 1892, 1896 und 1900 beobachtet mit je 16, 31 und 19 Fällen. Die Symptome werden folgendermafsen geschildert: Gewöhnlich ist das erste Zeichen der Erkrankung ein diffuser, hellroter Ausschlag, der in wenigen Stunden sich über die gesamte Körperoberfläche ausbreitet. Es ist dabei eine gewisse Erhebung über das Hautniveau zu bemerken, auf Berührung hat man eine weit geringere Empfindung von Hitze als bei Scarlatina. Ferner ist die Dauer der Ansteckungsfähigkeit auf etwa 10 bis 14, höchstens 21 Tage beschränkt. Abschuppung kann sehr erheblich sein, es lösen sich oft Markstück-grofse Fetzen ab, doch ist dies nicht immer der Fall. Die Prognose ist fast absolut günstig zu stellen. Therapie kann höchstens symptomatisch sein. Diesem Berichte von D. gegenüber wird mancher zwar den Standpunkt vertreten, dafs es sich dabei doch nur um die skarlatinöse Form der Röteln gehandelt habe, aber immerhin verdient seine Mitteilung weitere ernstere Aufmerksamkeit. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

„Die vierte Krankheit". (*Lancet.* 28. Juli 1900.) Folgende Zuschriften sind in Bezug auf die Dukessche Darlegung in der *Lancet* veröffentlicht:

1. W. H. Broadbent. Derselbe stellt sich vollständig auf den Dukesschen Standpunkt.

2. A. Rutter-Durham meint, dafs die Dukessche „vierte Krankheit" nichts anderes ist, als das Brocqsche Erythema scarlatiniforme desquamativum oder Roseola aestiva, die auch epidemisch auftreten kann und Temperaturen bis 39,4° aufweist.

3. T. Johnstone-Ilkley vergleicht Röteln mit dem Maultier, eine Kreuzung von Scharlach (resp. vom Esel) als Vater und Masern (resp. dem Pferd) als Mutter, während eine entgegengesetzte Kreuzung einen Maulesel resp. die vierte Krankheit ergeben würde.

4. G. S. Walton macht darauf aufmerksam, dafs nach den Dukesschen Mitteilungen ebenso wie nach vereinzelten sonstigen Darstellungen eine reichliche und andauernde Abschilferung kein unbedingt pathognomonisches Zeichen für Scharlach ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Masern, Röteln und die „vierte Krankheit", von R. Craik-Conisborough. (*Lancet.* 18. Aug. 1900.) In Bestätigung der Dukesschen Annahme einer vierten Krankheit auf gleicher Stufe mit Masern, Röteln und Scharlach führt C. folgende vier Fälle an:

I. Mädchen, 9 Jahre alt, erkrankte plötzlich beim Erwachen und zeigte einen diffusen, scharlachartigen Ausschlag, der auch das Gesicht ergriff. Patientin blieb 14 Tage im Bett; in der dritten Woche trat an den Extremitäten eine feine mehlige Abschuppung auf. Trotz fehlender Isolierung erkrankten keine anderen Kinder. Etwa ein Jahr später traten typische Masern hervor, denen zwei Monate nachher eine Attacke von Röteln folgte.

II—IV. Geschwister im Alter von 4—8 Jahren erkrankten in ähnlicher Weise, doch scheint es sich bei diesen um Rubeola gehandelt zu haben, jedenfalls können sie nicht als ganz beweisend acceptiert werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Verwechselung von zwei verschiedenen Krankheiten unter der Bezeichnung Rubella (Rubeola, Rose Rash), von C. Dukes-Rugby. (*Lancet.* 10. Nov. 1900.) Verfasser präzisiert seine Gründe für die Annahme einer weiteren der Rubeola ähnlichen Krankheit folgendermafsen: Fast 50% der Patienten der im April 1900 beobachteten Epidemie hatten schon Rubeolen gehabt; ferner hat Verfasser vier ganz gleichartige Epidemien mit den gleichen Symptomen beobachtet, und einmal war ganz deutlich das gleichzeitige Bestehen dieser vierten Krankheit neben Scharlach zu konstatieren. Zur weiteren Unterscheidung werden angeführt als Eigentümlichkeiten der neuen Krankheit, dafs trotz ausgedehntestem Ausschlag der Puls nicht wesentlich beschleunigt ist, sowie auch dafs die Temperatur nicht erheblich steigt; aufserdem fehlt ganz gewöhnlich, trotz starken Exanthems, das Abschilfern und, trotzdem die Kranken am achten Tage der Krankheit ausgingen und am vierzehnten entlassen wurden, traten keine Komplikationen und auch keine Infektionen auf.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die behauptete Existenz einer vierten Krankheit, von R. L. Romer-Elstree und W. Kidd-London. (*Lancet.* 17. November 1900.)

I. Verfasser teilt kurz seine Beobachtungen mit über 8 Fälle, welche seiner Meinung nach der Dukesschen Diagnose entsprechen. Die Symptome waren geringes Fieber, Puls 84, Rachen gerötet, Tonsillen geschwollen mit follikulären Flecken; Ausschlag dunkelrot, punktförmig, keine Drüsenschwellung, namentlich nicht hinter den Ohren, keine Abschilferung, keine Coryza.

II. Kidd berichtet über Beobachtungen an seinen eigenen zwei Söhnen, welche ihn von der Richtigkeit der Dukesschen Auffassung überzeugt haben.

Philippi-Bad Salzschlief.

Über den Scharlachspitalsdienst in New York-Stadt von 1893 bis 1899 incl., von Will. Somerset-New York. (*New York med. Journ.* 8. Dez. 1900.) Vorliegender Bericht giebt eine kurze Übersicht über die Beobachtungen, welche an über 2500 Fällen von Scharlach in der angegebenen Zeit gemacht wurden. In erster Linie ergiebt die Statistik, dafs die Monate Juli bis September stets die geringste Scharlachmorbidität aufweisen. Bei ca. 100 der Fälle handelte es sich um Spitalsansteckung. Die Invasionsperiode der Krankheit war meist charakterisiert durch Erbrechen, welches plötzlich, mit wenig oder keiner vorhergehenden Übelkeit, ausbrach und sich mehrmals wiederholte; weiterhin waren regelmäfsig Halsschmerzen vorhanden. Die Pharyngitis oder Amygdalitis geht daher meist der Dermatitis voraus. Was die Folgeerscheinungen betrifft, so ist das Auftreten von Anorexie, Übelkeit, Erbrechen in oder um die vierte Woche des Scharlachs bei sonst gesunden Personen eine fast sichere Indikation, dafs eine bleibende Nierenschädigung einsetzt (Eiweifs im Urin, häufig nur in Spuren, die Folge einer Desquamation des degenerierten Epithels in vielen Fällen). Der Reihenfolge nach traten von Komplikationen akute Nierendegeneration in 20%, Halsdrüsenentzündung in 18%, Otitis in 8, Nephritis in 4% der Fälle u. s. f. ein. Die Periode vom Beginn der Erkrankung bis zur Vollendung der Desquamation währte 6 bis 7 Wochen. Bezüglich der Diagnose soll Anfangs leicht Verwechslung mit Brom-, Jod-, Jodoformausschlägen und besonders mit der durch Diphtherieantitoxin erzeugten vorkommen; ferner kommen differentialdiagnostisch in Betracht Röteln (? Ref.) Variola (haemorrhagica), Septikämie, Pyämie und Erythema scarlatiniforme. Bezüglich der Behandlung bewährte sich in Fällen, wo die Abgeschlagenheit aufser Verhältnis zur Temperaturerhöhung stand, unter den Sedativen besonders eine Pheno-Brom-Mischung; bei ungewöhnlich hohem oder lange andauerndem Fieber wurden Bäder und Packungen in reichem Mafse angewandt, besonders graduierte Bäder mit allmählich abnehmender Temperatur. Bekanntlich kann, so hebt Verfasser schliefslich hervor, nicht genug Sorgfalt auf etwaige Komplikationen von Seiten der Ohren gelegt werden.

Stern-München.

Verschiedenes.

Afterrohr mit Spülvorrichtung, von Dommer. (*Dtsch. Praxis.* 1900. No. 11.) Um bei Erkrankungen der Prostata, der hinteren Harnröhre etc. den Nutzen des kalten oder warmen Wassers zu erhöhen und es in bessere Berührung mit der Schleimhaut zu bringen, hat Verfasser von Hassler in Chemnitz einen Apparat konstruieren lassen, der aus einem weiteren Mantelrohr besteht, durch welches das Zufuhrrohr seine Flüssigkeit direkt in den Mastdarm ergiefst. In dem Mantelrohr sind mehrere Öffnungen angebracht, die einen direkten Abflufs des Wassers aus dem Mastdarm gestatten.

F. Hahn-Bremen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 6. 15. März 1901.

Aus dem pharmazeutischen Institute des Herrn Prof. Dr. Hartwich-Zürich.

Nachträgliches und Ergänzendes zu meiner Arbeit „Über die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungskur".

Von

Dozent Dr. E. Kreis.

In einem Beitrage zu Prof. J. Neumanns Festschrift[1] habe ich gezeigt, dafs sowohl aus metall. Quecksilber als auch aus verschiedenen Salben desselben bei Zimmertemperatur, noch reichlicher aber bei 35 bis 38° C. wesentliche Mengen Quecksilber verdunsten. Im weiteren glaube ich bewiesen zu haben, dafs die Verdunstungsfähigkeit aus diesen Salben eine ungleiche ist je nach dem Salbenvehikel. Meine Beobachtungen erstreckten sich auf das Ung. ciner. offic., auf Salben mit Lanolin, mit Resorbin und auf Sapo ung. cinerei (Unna); es hat sich bei diesen Versuchen gezeigt, dafs unter sonst gleichen Bedingungen am meisten Quecksilber verdunstet aus dem Unguent. cinereum offic. Diese Verdunstungsversuche, deren Details in der oben erwähnten Arbeit enthalten sind, erstreckten sich auch teilweise auf den Einfluss der Feuchtigkeit auf die Verdunstung, d. h. ich stellte eine Anzahl Versuche in der Art an, dafs ich anstatt trockener Luft eine mit Wasserdampf gesättigte Luft durch meine Apparate streichen liefs und hatte dabei den Eindruck, dafs der Wassergehalt der Luft einen entschieden günstigen Einfluss ausübte auf die Verdunstung des Quecksilbers aus Salben. Die mir etwas knapp zugemessene Zeit für obige Arbeit erlaubte mir nicht, gerade diesem Punkte die vollste Aufmerksamkeit zu schenken, und so entschlofs ich mich während des verflossenen Sommersemesters noch eine Reihe von Versuchen anzustellen, welche vornehmlich den Zweck hatten, den Einfluss des Wassers auf die Verdunstungsfähigkeit des Quecksilbers als solchem, als auch aus dessen Salben genauer zu verfolgen. Es schien mir

[1] *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis.* Festschrift (pag. 370—394.)

gerade dieser Punkt der Beachtung wert zu sein, da die gewonnenen Resultate in der Praxis Berücksichtigung finden könnten, und so erlaube ich mir in Nachfolgendem die Resultate dieser Versuche mitzuteilen, als Vervollständigung und Erweiterung meiner früheren Angaben.

Als Substrat für die nachfolgenden Versuche wurde teils metallisches Quecksilber, teils das annähernd wasserfreie Unguent. cinereum offic. gewählt, die Versuche wurden angestellt bei gewöhnlicher Temperatur und bei 30—35° C. Es standen mir zwei Wege offen den Einfluſs der Feuchtigkeit auf die Verdunstung zu prüfen, ich konnte eine wasserhaltige Salbe direkt auf ihre Verdunstungsfähigkeit untersuchen oder aber eine wasserfreie Salbe einer mit Feuchtigkeit gesättigten Atmosphäre aussetzen; ich wählte das letztere Verfahren, da es mir den klinischen Verhältnissen näher zu liegen schien.

In einer ersten Versuchsreihe brachte ich unter auf Glastafeln stehenden Glasglocken von ca. 25 cm Durchmesser und ca. 20 cm Höhe mit Blattgold armierte quadratische Glasplatten von 12 cm Seite; die Blattgoldfläche war ebenfalls quadratisch (10 cm). Die Armierung geschah in der Art, daſs ich die aufs sorgfältigste gereinigte und leicht befeuchtete Glasplatte rasch gegen das Blattgold drückte, wodurch es mir gelang tadellos glatte Goldflächen herzustellen. Diese Versuche wurden angestellt bei trockener und bei feuchter Luft und zwar bei dieser Versuchsreihe bei gewöhnlicher Temperatur, jedoch zu gleicher Zeit. Die trockene Luft suchte ich in der Art darzustellen, daſs ich auf die Glastafel zunächst eine flache Schale von 18 cm im Durchmesser stellte, die mit geschmolzenem Chlorcalcium gefüllt war; bei den Versuchen mit feuchter Luft goſs ich in die betreffende Schale ca. 1 cm hoch Wasser und belegte überdies den Boden der Glastafel, wie auch den äuſseren Rand der Schale mit feuchtem Filtrierpapier.

In diese Schalen brachte ich einen Glasdreifuſs von 5 cm Höhe, auf welchem eine zweite etwas kleinere Schale ruhte (16 cm Durchmesser), deren Boden mit einer möglichst glatten und gleichmäſsigen Schicht von Unguent. cinereum bedeckt war, beziehungsweise mit metall. Quecksilber. Ein, in diese zweite Schale gestellter, Glasdreifuſs trug die mit reinem Blattgold armierte Glasplatte, wobei die Goldfläche dem Quecksilber, beziehungsweise der Salbenfläche zugekehrt war; hernach wurde die Glasglocke darüber gestellt. Die Dauer dieser Versuche betrug 6—18 Tage bei gewöhnlicher Zimmertemperatur und wurden dieselben zu gleicher Zeit angestellt mit Salbe und mit metall. Quecksilber, da ich bei einem früheren Versuche fand, daſs unter sonst gleichen Bedingungen aus der Salbe mehr Quecksilber verdunstete als von einer gleich grossen Fläche des reinen Metalles. Da sich dieses letztere Resultat, wie schon bemerkt, nur auf einen Versuch bezog (l. c. pag. 389), lag mir wesentlich daran,

diese Thatsache durch erneute Parallelversuche mit Salbe und Metall nochmals zu prüfen und zu präcisieren.

Ich glaube wohl annehmen zu dürfen, dafs bei diesen Goldplattenversuchen unter den Glasglocken die Gesamtmenge des verdunsteten Quecksilbers vom Golde aufgenommen wurde. Um mir darüber Gewifsheit zu verschaffen, untersuchte ich nach Beendigung der Versuche jeweilen die Luft unter der Glasglocke, wie auch die Innenfläche derselben auf Quecksilber, indem ich darunter einige Jodkrystalle zur Verdunstung brachte; niemals trat die charakteristische Bildung von rotem Jodquecksilber an der Glaswand auf. Dieses Resultat steht scheinbar im Widerspruche mit einer (ersten) Beobachtung meiner früheren Arbeit (pag. 378), wobei es mir gelang an den Glaswänden eines grossen Cylinders bei Gegenwart von Gold verdunstetes Quecksilber nachzuweisen. Ich mufs daraufhin bemerken, dafs bei jenem ersten Versuche die Goldfläche nur eine sehr kleine war (1,5 qcm), und die des Quecksilbers eine sehr grofse und überdies der Versuch aus äufseren Gründen mehrere Monate lang nicht unterbrochen wurde. Es war eben in diesem Falle die Amalgamation des Goldes längst eine vollständige und da von demselben kein Quecksilber mehr aufgenommen werden konnte, stellte sich eine Kondensation desselben an der Glaswand ein. Bei meinen jetzigen Versuchen lagen die Verhältnisse aber so, dafs alles verdunstete Quecksilber amalgamiert wurde.

Diese erste Versuchsreihe bestand aus vier Versuchen, die unter ganz gleichen Bedingungen, gleicher Zeitdauer (6 Tage) und bei gewöhnlicher Temperatur ausgeführt wurden.

1. Trockene Luft und Ung. cinereum.
2. Feuchte Luft und Ung. cinereum.
3. Trockene Luft und metallisches Quecksilber.
4. Feuchte Luft und metallisches Quecksilber.

Die mit Gold armierten Glasplatten wurden vor und nach dem Versuche gewogen und so direkt durch die Gewichtszunahme das verdunstete Quecksilber bestimmt. Vor den Versuchen lagen dieselben so lange in einem mit geschmolzenem Chlorcalcium gefüllten Exciccator bis mehrmalige Wägungen keinen Gewichtsverlust mehr ergaben; das gleiche geschah nach den Versuchen. Die Befürchtung, dafs die amalgamierten Goldplatten durch Verweilen in dem Exciccator infolge von Verdunsten von Quecksilber eine Gewichtsabnahme erleiden möchten, stellte sich nicht ein, da das Gewicht nach Aufnahme der Feuchtigkeit konstant blieb. Ein Versuch, das Quecksilber der amalgamierten Platten als Schwefelquecksilber zu bestimmen, konnte keine genauen Resultate ergeben, da die Niederschläge zu gering waren und befürchtet werden mufste, durch die verschiedenen Manipulationen des Lösens, Fällens, Auswaschens u. s. w.

Verluste zu erleiden; deshalb bestimmte ich in allen meinen Versuchen das verdunstete Quecksilber direkt durch Wägung.

Die Resultate dieser ersten Versuchsreihe waren folgende:

1. Versuch. Ung. cinereum und trockene Luft, gewöhnl. Temperatur. Dauer 6 Tage.
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 63,3866 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 63,3344 g } 0,0022 g.
2. Versuch. Ung. cinereum und feuchte Luft (Bedingungen wie oben).
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 63,1762 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 63,1694 g } 0,0068 g.
3. Versuch. Metallisches Quecksilber und trockene Luft (Bedingungen wie oben).
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 64,6404 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 64,6360 g } 0,0044 g.
4. Versuch. Metallisches Quecksilber und feuchte Luft (Bedingungen wie oben).
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 66,8840 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 66,8766 g } 0,0074 g.

Eine zweite Versuchsreihe wurde in gleicher Weise ausgeführt wie die obige, doch mit einer Dauer von 12 Tagen.

5. Versuch. Ung. cinereum und trockene Luft.
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 63,1688 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 63,1640 g } 0,0048 g.
6. Versuch. Ung. cinereum und feuchte Luft.
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 68,3402 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 68,3324 g } 0,0078 g.
7. Versuch. Metallisches Quecksilber und trockene Luft.
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 56,3212 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 56,3154 g } 0,0058 g.
8. Versuch. Metallisches Quecksilber und feuchte Luft.
   Gewicht der Goldplatte nach dem Versuche: 66,8792 g } Quecksilbermenge
   Gewicht der Goldplatte vor dem Versuche: 66,8710 g } 0,0082 g.

Eine dritte Versuchsreihe unter ganz gleichen Bedingungen wie oben ausgeführt, aber mit einer Dauer von 18 Tagen ergab folgendes Resultat:

9. Versuch. Ung. cinereum und trockene Luft.
   Gewicht des verdunsteten Quecksilbers: 0,0054 g.
10. Versuch. Ung. cinereum und feuchte Luft.
   Gewicht des verdunsteten Quecksilbers: 0,0118 g.
11. Versuch. Metallisches Quecksilber und trockene Luft.
   Gewicht des verdunsteten Quecksilbers: 0,0088 g.
12. Versuch. Metallisches Quecksilber und feuchte Luft.
   Gewicht des verdunsteten Quecksilbers: 0,0124 g.

Aus diesen Versuchen, die ich als einwandsfrei hinstellen möchte, geht deutlich hervor:

1. Dafs sowohl aus dem Unguent. cinereum, als auch aus dem metallischen Quecksilber unter dem Einflusse der Feuchtigkeit wesentlich mehr Metall verdunstet, als in einer wasserfreien Luft.

2. Dafs unter sonst gleichen Bedingungen aus dem metallischen Quecksilber mehr Metall verdunstet als aus einer Salbe und stehe ich mit dieser letzteren Thatsache im Widerspruche mit dem Resultate meiner früheren Versuche (l. c. pag. 389), wonach aus der Salbe mehr Metall verdunstete. Hervorheben will ich, dafs das angegebene frühere Resultat sich nur auf einen Versuch stützte, und zwar war es kein Plattenversuch. Ich mufs deshalb der Ansicht von Wings[1] beipflichten, der bei seinen Versuchen fand, dafs die Fetteinhüllung des Quecksilbers bei der Salbe die Verdunstung desselben ungünstig beeinflusse und deshalb die Verdunstungsfähigkeit aus metallischem Quecksilber gröfser sei als bei der Salbe.

Nach diesen Versuchen stellte ich eine Anzahl Experimente an, das gleiche Ziel verfolgend, aber in anderer Weise; ich liefs durch mit Quecksilbersalbe ausgestrichene Glascylinder bei dem einen Versuche trockene Luft, bei dem anderen feuchte Luft streichen und zwar zunächst bei gewöhnlicher Temperatur, nachher bei 30—35° C. Diese Versuche entsprechen im Wesentlichen denjenigen meiner früheren Arbeit (l. c. pag. 386) und mufs ich hinsichtlich des genauen Verfahrens und der in Anwendung gelangten Apparate, um öftere Wiederholungen zu vermeiden, auf dieselbe verweisen. Ich führe daher hier nur das Wesentlichste an, was zum Verständnis der nachfolgenden Versuche erforderlich ist. Zwei nebeneinander stehende Glascylinder von ca. 30 cm Höhe und 8 cm Durchmesser werden gleichmäfsig mit grauer Salbe (Ung. cinereum offic.) ausgestrichen; durch den luftdicht schliefsenden Kork gehen zwei Glasröhren; die eine, durch welche die Luft von aufsen eindringt, reicht beinahe bis auf den Boden des Cylinders; die andere kürzere, rechtwinklig abgebogen, reicht nur wenig in denselben und ist verbunden mit 1—2 sogenannten U-Rohren, die reichlich mit Blattgold gefüllt sind und vor und nach dem Versuche gewogen werden. Diese U-Rohre stehen in Verbindung mit einer Gasuhr und diese mit der aspirierenden Luftpumpe. Bevor die Luft durch die längere Röhre in den Glascylinder eintritt, streicht sie durch zwei mit Wasser gefüllte Wasserflaschen, um ganz mit Wasserdampf gesättigt zu werden, die in den anderen Cylinder eintretende Luft dagegen durch zwei mit konzentrierter Schwefelsäure gefüllte Flaschen, ist also vollkommen wasserfrei. Durch Anbringen von Quetschhähnen vor den Wasserflaschen, beziehungsweise den mit Schwefelsäure gefüllten Flaschen, gelang es mir bei genauer Regulierung durch beide Cylinder einen gleichen und gleichmäfsigen Luftstrom streichen zu lassen. Bei dieser Anordnung konnte ich unter ganz gleichen Bedingungen und zu

[1] Wings, Über Abdunstung des Quecksilbers aus Ung. cinerei. *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis.* 1881. pag. 591.

gleicher Zeit, ebenso bei gleicher Temperatur zwei Versuche ausführen; in einem Falle strich absolut wasserfreie Luft, im anderen Falle eine mit Wasserdampf gesättigte Atmosphäre durch die mit Salbe armierten Glascylinder und hernach durch die mit Blattgold gefüllten U-Rohre, die vor und nach dem Versuche gewogen wurden. Die Dauer dieser Versuche, beziehungsweise Doppelversuche betrug je 10 Tage à 8 Stunden; bei gewöhnlicher Temperatur und mäfsig langsamem Luftstrome. Um sicher zu sein, die Gesamtmenge des verdunsteten Quecksilbers zu erhalten, wurden, wie bereits angedeutet, je zwei Goldrohre vorgesetzt, überdies strich die von den letzteren abgehende Luft noch durch eine mit Salpetersäure gefüllte Flasche; die nachherige Untersuchung der Säure ergab kein Quecksilber, so dafs wohl alles vom Golde aufgenommen wurde.

Resultat des ersten Versuches, beziehungsweise Doppelversuches.

a) bei trockener Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0020 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0012 g
} = 0,0032 g Quecksilber.

b) bei feuchter Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0034 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0014 g
} = 0,0048 g Quecksilber.

Neuer Versuch unter ganz gleichen Bedingungen

a) bei trockener Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0022 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0009 g
} = 0,0031 g Quecksilber.

b) bei feuchter Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0032 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0019 g
} = 0,0050 g Quecksilber.

Ein dritter Versuch in dieser Richtung ergab folgendes Resultat:

a) bei trockener Luft verdunstete: 0,0036 g Quecksilber.
b) bei feuchter Luft verdunstete: 0,0068 g Quecksilber.

Nachfolgende Schlufsversuche verfolgten den gleichen Zweck wie die eben angestellten; die Bedingungen waren auch dieselben; doch bei einer Temperatur von 30—35° C.

Die Anordnung des Apparates war im Wesentlichen dieselbe wie bei meinen früheren Versuchen (l. c. pag. 387). Die zwei mit grauer Salbe angestrichenen Glascylinder von schon angegebener Gröfse waren in einem ziemlich grofsen Metalltopf (Kessel) fixiert, der mit Wasser gefüllt war. Die Erwärmung geschah durch eine kleine Gasflamme; durch einen Thermoregulator gelang es mir die Temperatur konstant auf annähernd 35° C. zu erhalten. Die Versuche dauerten 10 Tage à 8 Stunden. Wie in den vorigen Versuchen strich durch den einen Cylinder wasserfreie, durch den anderen wasserhaltige Luft, die aus den Cylindern abgehende Luft strich durch je zwei mit Blattgold gefüllte U-Rohre, die vor und nach dem Versuche gewogen wurden; die Gewichtszunahme ergab mir die Menge

des verdunsteten Quecksilbers. Der durch den Apparat gehende Luftstrom, erzeugt durch die aspirierende Luftpumpe, war ein gleichmäfsiger, ziemlich langsamer.

1. Versuch. a) Durchstreichen von trockener Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0246 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0040 g
} Gesamtmenge des verdunsteten Quecksilbers 0,0286 g.

b) Durchstreichen von feuchter Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0240 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0074 g
} Gesamtmenge des verdunsteten Quecksilbers 0,0314 g.

2. Versuch. a) Durchstreichen von trockener Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0108 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0048 g
} Verdunstete Quecksilbermenge 0,0156 g.

b) Durchstreichen von feuchter Luft.

Gewichtszunahme des ersten Goldrohres: 0,0179 g
Gewichtszunahme des zweiten Goldrohres: 0,0056 g
} Verdunstete Quecksilbermenge 0,0235 g.

Was ich schon nach meinen früheren Versuchen (l. c. pag. 393) vermutete, dafs sowohl aus metall. Quecksilber als auch aus Salben unter dem Einflusse von Feuchtigkeit mehr Metall verdunstet, glaube ich durch die vorstehenden Versuche zur Evidenz bewiesen zu haben. Dieses Resultat hat ein gewisses klinisches Interesse, da wir dadurch Anhaltspunkte gewinnen, unter welchen äufseren Bedingungen die Einreibungskur am wirksamsten ausgeführt werde. Die Thatsache, dafs unter dem Einfluſs der Wärme aus Salben mehr Quecksilber verdunstet, findet in der klinischen Beobachtung längst ihre volle Bestätigung. Besonders in älteren Handbüchern über die Behandlung der Syphilis wird darauf mit Nachdruck aufmerksam gemacht. So sagt Hölder[3]: „Höchst notwendig ist warmes Verhalten, denn von ihm hängt oft der ganze Erfolg der Behandlung ab; bei rauher, feuchter Witterung bleibe der Kranke im Zimmer und einen grofsen Teil des Tages im Bett — ferner pag. 442: die Einreibung geschehe in der kühleren Jahreszeit am warmen Ofen, am besten abends von dem Kranken selbst". Lang[4] sagt: „Wegen der gleichmäfsigen Wärme, die für die Resorption günstig ist, ziehe ich es vor, die Inunktionen abends vor dem Niederlegen vornehmen zu lassen, erheblichere Schweifssekretion ist unerwünscht".

In ähnlichem Sinne äufsern sich erfahrene Syphilidologen wie Zeissl (pag. 739). — Mauriac[5] sagt: „On frictionnera vigoureusement pendant 15 à 20 minutes; puis on recouvrira la région avec une compresse imbibée d'eau chaude, ou d'une couche d'ouate hydrophile mince, par dessus

[3] Hölder, *Lehrbuch der venerischen Krankheiten.* 1851. pag. 439.
[4] Lang, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* 1896. pag. 796.
[5] Mauriac, *Traitement de la Syphilis.* 1896. pag. 116 u. 117.

laquelle on étalera du taffetas gommé". Er benutzt also nicht nur die Wärme, sondern auch einen gewissen Feuchtigkeitsgrad als maſsgebende Faktoren bei der Einreibungskur. Es sollen also die Einreibungen wo möglich abends, im warmen Zimmer gemacht werden. Als Sorglosigkeit muſs es geradezu bezeichnet werden, wenn während einer solchen Kur die Patienten voll und ganz ihrem Berufe nachgehen, viel herumreisen und dieselbe als etwas ganz Nebensächliches betrachten. Gewiſs ist so mancher Miſserfolg auf solch' kleine Unterlassungssünden zurückzuführen. Der Umstand, daſs in Aachen, wo wohl die Einreibungskuren am erfolgreichsten durchgeführt werden, täglich warm gebadet wird, spricht durchaus nicht gegen die Berechtigung der Inhalationstherapie, sondern eher für dieselbe. Das tägliche Bad ist ja entschieden einem Eindringen des Quecksilbers durch die Haut nicht gerade günstig, um so mehr als dabei durch die Einwirkung des Schwefelwassers eine beträchtliche Menge Quecksilber in die unlösliche und kaum wirksame Schwefelverbindung übergeführt wird. Dem gegenüber muſs hervorgehoben werden, daſs die feuchtwarme Atmosphäre, vor, während und nach dem Bade die Verdunstung des Quecksilbers begünstigt und so auch die Inhalation befördert.

Auch der von erfahrenen Praktikern gegebene Rat, der Patient solle die Einreibungen selbst machen, hat seine groſse Berechtigung. Abgesehen von dem Umstande, daſs die Einreibungen von eigner Hand meist sorgfältiger gemacht werden als von einem Badediener, kommt noch als ein Hauptmoment hinzu, daſs Patient während des Einreibens eine gewisse, nicht zu unterschätzende Muskelarbeit verrichtet, die Hauttemperatur wird dadurch erhöht und so die Verdunstung des Quecksilbers begünstigt. Noch mehr Vorteile bietet das Selbsteinreiben dadurch, daſs während dieser Manipulation vermehrte Muskelarbeit, tiefere und kräftigere Inspirationen gemacht werden, wodurch das Einatmen des verdunsteten Quecksilbers wesentlich begünstigt wird.

Ein weiterer Faktor, der auch nicht ohne Bedeutung bei der Ausführung der Einreibungskur ist, liegt in der Art der Kleidung, namentlich der Unterkleider. Im allgemeinen dürfte es sich empfehlen während einer solchen Kur wollene Unterkleider tragen zu lassen und sollten dieselben nicht zu oft gewechselt werden; abends sollte ein leicht schweiſstreibender Thee, allerdings nur in geringer Quantität, genossen werden, um durch die dadurch erzeugte Wärme und leichte Transpiration die günstigsten Bedingungen zu schaffen für die Verdunstung des Quecksilbers.

Wir haben also bei jeder Einreibungskur auf alle diese Momente gebührende Rücksicht zu nehmen, indem wir uns auf den Standpunkt stellen, das bei einer solchen Kur die Inhalation des Quecksilbers die Hauptrolle spiele; das Eindringen durch die Haut erst in zweiter Linie in Betracht komme.

Mit Vergnügen benutze ich diese Gelegenheit, um Herrn Professor Hartwich meinen Dank auszusprechen für das lebhafte Interesse, das er meinen Versuchen entgegenbrachte, wie auch für die Bereitwilligkeit, mit welcher er mir alles für meine Arbeiten Erforderliche in seinem Laboratorium zur Verfügung stellte.

Atrophodermia erythematosa maculosa mit excentrischer Verbreitung.

Von

Dr. med. Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

In einer Abhandlung über Atrophia maculosa cutis in den zwei ersten Nummern des 32. Bandes dieser Zeitschrift erwähnt Dr. Heuss, indem er die Kasuistik betreffend diese Hautaffektion durchgeht, auch (S. 60) einen von mir in der dänischen dermatologischen Gesellschaft den 1. März 1899 unter obenstehender Diagnose vorgestellten Fall. Nach einem in wenigen Zeilen gegebenen Resumé davon fügt Verfasser hinzu:

„Aufserdem zeigt der Fall aber noch einige nicht unwesentliche klinische Differenzen: periphere Gefäfszeichnung, peripherisches Wachstum, und dürfte deshalb, da eine Biopsie nicht vorgenommen wurde, die Diagnose Lupus erythematodes wahrscheinlicher sein."

Dafs Dr. Heuss zu diesem Schlusse gelangt, ist um so mehr überraschend, als gerade die vermeintlich wesentlichste der beiden genannten „nicht unwesentlichen klinischen Differenzen", auf welchen also Dr. H. überhaupt seinen Zweifel über die Richtigkeit meiner Diagnose stützt (Biopsie fehlt ja auch in einem von seinen eigenen Fällen), nämlich das periphere Wachstum, nicht nur keine klinische Differenz von idiopathischer Atrophia maculosa cutis überhaupt ist, sondern im Gegenteil als eine so hervortretende Eigentümlichkeit gefunden wurde in dem von Dr. Heuss selbst anerkannten, und gerade von ihm selbst in Relation zu meiner Krankengeschichte erwähnten Falle von Thibierge,[1] der im Dezember 1891 in der französischen dermatologischen Gesellschaft vorgestellt wurde, dafs dieser Verfasser sogar diesen Charakter in die Benennung der Krankheit selbst (Atrophodermie érythémateuse en plaque, à progression excentrique) aufnahm. Eben mit diesem Falle, wozu früher kein vollkommenes Analogon vorgelegen zu haben scheint, ist meine Krankengeschichte, wie aus dem Folgenden hervorgehen wird, ganz identisch, weshalb auch derselbe Name benutzt wurde. Übrigens gab auch der Patient Jadassohns[2] mit cutaner makulöser Atrophie, welcher eben-

[1] *Annal. de Derm. et de Syph.* 1891. S. 1004.
[2] Ergänzungsh. z. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Heft 1, S. 342.

falls von Dr. Heuss anerkannt wird, „mit aller Bestimmtheit“ an, dafs die Flecken peripherisch wuchsen. Dagegen soll in Dr. Heuss' eigenen zwei Fällen, von welchen der eine im Laufe von ungefähr zwei Jahren observiert wurde, kein peripherisches Wachstum bestanden haben, und in diesem Umstande mufs vermeintlich die Erklärung dessen gesucht werden, dafs Dr. H. sozusagen ein negatives Gewicht auf ein excentrisches Wachstum bei der idiopathischen Cutisatrophie überhaupt gelegt hat. Dies ist daher ein Grund mehr dazu gewesen den Zweifel zu entfernen, womit Dr. Heuss meine Diagnose umgeben hat, deren Richtigkeit übrigens mit genügender Deutlichkeit aus der klinischen, unten wiedergegebenen, und auch von Dr. H. benutzten Beschreibung derselben in der *Derm. Zeitschr.* 1899. Bd. VI, S. 245, hervorgeht, ebenso wie sie selbstverständlich auch nicht bei der Vorstellung der Kranken selbst in der dänischen dermatologischen Gesellschaft im geringsten bezweifelt wurde.

Die Krankengeschichte lautet wie folgt:

„Ein 22jähriges Dienstmädchen aus gesunder Familie; eine Schwester hatte Ichthyosis. Als Kind hat sie Scharlach gehabt, war sonst vollständig gesund. Die Hautaffektion hat sich im Laufe von ca. zwei Jahren mit unmerkbarem peripheren Wachstum von einem minimalen Beginne an entwickelt, ohne je einen anderen Charakter als den jetzigen dargeboten zu haben. In der rechten Regio temporalis,[3] ein wenig unterhalb der Regio supraciliaris, findet man eine kirschengrofse, ganz runde und scharf abgegrenzte, flache Einsenkung der Haut, die dort etwas mehr dunkelrot ist, als die gesunde Haut in der Umgebung. Die Röte, die gegen den Rand des Fleckes zu, wo man mit der Lupe einzelne erweiterte Gefäfse sieht, etwas stärker ist, kann durch einen Druck zum Schwinden gebracht werden. Die Oberflächentextur der Haut ist aber vollständig normal, mit Lanugohaaren und Follikeln ohne Runzeln oder narbenartige Veränderungen. Am Rande ist keine Infiltration zu fühlen, und die Haut am Flecke selbst ist eher etwas weicher, als die umgebende Haut. Weder Empfindlichkeit noch Parästhesien, ein einzelnes Mal ein vorübergehendes Jucken; die Gefühlsqualitäten scheinen normal zu sein.

Es handelt sich also hier um eine scheinbar primäre, idiopathische, langsam excentrisch fortschreitende Atrophie, ausschliefslich der tieferen Schichte des Corium, ohne irgendwelches vorhergehendes oder begleitendes Symptom einer Entzündung oder Neubildung. Die Hyperämie mufs als konsekutiv aufgefafst werden. Der Fall verdient bemerkt zu werden, indem, wie es scheint, bis jetzt nur ein einzelner analoger Fall vorliegt, der von Thibierge (dessen Benennung der Krankheit hier benutzt ist) in der französischen dermatologischen Gesellschaft im Dezember 1881 (*Ann. de Derm. et de Syph.* 1891. S. 1004) vorgezeigt wurde.

[3] „Stirngegend“, in der *Derm. Zeitschr.* ist ein Übersetzungsfehler.

Aufser diesem ist nur von JADASSOHN (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Ergänzungsheft I, S. 342) ein Fall beobachtet worden, den er verschiedenen Nichtübereinstimmungen zu Trotz — namentlich dem Vorhandensein eines papulösen Vorstadiums — geneigt ist, mit THIBIERGES Fall zu identifizieren. Als pathologisch-anatomische Grundlage der Atrophie bei JADASSOHNS Fall fand er eine isolierte Zerstörung des elastischen Gewebes als Folge eines leichten chronischen Entzündungszustandes."

Im Dezember 1900 — also $1^3/_4$ Jahre später und $3^3/_4$ Jahre nach dem ersten Anfange der Affektion — hatte ich Gelegenheit, die Patientin, die sich jetzt als Dienstmädchen auf dem Lande aufhält, und deren Krankheitsentwickelung, besonders also das periphere Wachstum und den sonst immer unveränderten Charakter der Affektion ich früher mehrere Monate verfolgt hatte, aufs Neue zu untersuchen.

Der atrophische Fleck war in allen Beziehungen so absolut unverändert, dafs eine erneute Beschreibung nur eine Wiederholung werden könnte; aber wegen des ebenfalls unveränderten, langsamen, peripheren Wachstums war die Atrophie jetzt mehrere Millimeter gröfser im Diameter und etwa von der Gröfse eines Markstückes (früher „kirschengrofs" — eine etwas zu unbestimmte Übersetzung von „25 Øre grofs", wie in dem dänischen Texte angegeben). Aufserdem war aber im Laufe der letzten Monate ein neuer Fleck, fast vollkommen symmetrisch in der linken Regio temporalis entstanden. Er war ungefähr erbsengrofs, kreisrund, ein ganz wenig unter dem Niveau der Haut gelegen, und hatte sich ganz unmerklich aus minimalem Anfange entwickelt durch langsames peripheres Wachstum ohne vorhergehende Schwellung oder entzündungsartige Symptome irgend welcher Art und ohne subjektive Empfindungen — kurz: vollkommen in derselben Weise wie der erste Fleck. Auch die übrigen Verhältnisse desselben waren identisch: die durch Druck entfernbare Hyperämie — hier doch keine sichtbaren Gefäfsdilatationen — ohne Entzündungssymptome in oder um den Fleck, die normale, nicht narbenähnliche Oberflächentextur, ohne irgendwelche Schuppenbildung oder Follikelerweiterungen, endlich die etwas weichere Konsistenz der Haut des Fleckes selbst, der bei Palpation den Eindruck wie einer kleinen, flachen „Lücke" des Gewebes gab. Da die Patientin, welche aus kosmetischen Rücksichten viel von diesen auffallenden Flecken im Gesichte geniert wurde, sie einer täglichen und aufmerksamen Musterung unterwarf, und da niemals Verschiedenheiten nachgewiesen wurden aufser an Gröfse, wenn sie zur Untersuchung erschien, kann es als sicher angesehen werden, dafs dieselben von dem ersten minimalen Anfange an unverändert denselben Charakter bewahrt haben, wie die Patientin es auch bestimmt angab.

Vergleicht man nun hiermit die Charaktere, welche der Fall von

THIBIERGE darbot, so wird kein Zweifel über die vollkomme Identität dieser beiden Fälle bestehen können:

25jähriges Weib. Auf der rechten Wange findet sich ein, im Laufe zweier Jahre entwickelter, 10-Centimesstück grofser, fast genau kreisrunder, blafsroter Fleck, deprimiert im Verhältnis zur umgebenden gesunden Haut. Die rote Farbe des Fleckes verschwindet durch einen etwas energischen Druck; seine Konsistenz ist schwächer (plus faible) als diejenige der umgebenden Haut, und er bietet nicht das gewöhnliche Aussehen einer Narbe dar. Auf der linken Wange, etwas vor dem Ohre, aber nicht genau symmetrisch, findet sich ein ähnlicher Fleck. Keine sichtbaren Spuren von Entzündung oder Neubildung. Durch die erythematöse Farbe, die regelmäfsig progressive und centrifugale Entwickelung und durch den Mangel jeglicher Veränderung der Haut in der Umgehung, wich diese Form von Atrophodermie von früher beschriebenen ab, und THIBIERGE hatte keine analoge Observation bei den Verfassern gefunden.

Ferner kann zugefügt werden, dafs JADASSOHN (l. c. S. 355), welcher in Paris Gelegenheit hatte dieselbe Kranke zu untersuchen, angiebt, dafs jede Veränderung der Epidermis fehlte, dafs die beiden Stellen ohne alle subjektiven Erscheinungen im Laufe von zwei Jahren, resp. acht Monaten entstanden waren, dafs eine Erhebung über das Niveau der Haut nach Aussage der Patientin niemals vorhanden gewesen war, und dafs die Anamnese und der sonstige Status keine Besonderheiten boten.

Die Fälle von THIBIERGE und mir fallen somit vollständig zusammen. Die Nuancierung der Hyperämie bei den zwei Patienten — bezw. blafsrot und mehr dunkelrot — und, bei meiner Patientin, die übrigens nur in dem älteren Flecke vorhandene, ganz unbedeutende, nur mit Hülfe von Lupe nachweisbare Gefäfsdilatation (Dr. HEUSS' zweite „nicht unwesentliche klinische Differenz", welche gegen meine Diagnose sprechen sollte), sind selbstverständlich ganz unwesentlich, um so mehr als sowohl die Röte als die sichtbare Gefäfsdilatation wenigstens zum Teil von der mit der Atrophie selbst verbundenen gröfseren Laxheit des, die Gefäfse stützenden Cutisgewebes und von dem ebenfalls mit der Atrophie folgenden gröfseren Durchscheinen der Haut abhängig sein müssen, auf welche Umstände auch JADASSOHN Gewicht legt bei der Erklärung der Hyperämie in seinem Falle von idiopathischer Cutisatrophie.

Es handelt sich dann bei diesen beiden Patienten um einen einfachen und charakteristischen Symptomenkomplex: um eine primäre Atrophie der Cutis selbst (des elastischen Gewebes allein?), auftretend in Gestalt regelmäfsiger, runder, scharfbegrenzter, schwach deprimierter, roter Flecke ohne irgend eine Veränderung der Oberflächentextur der Haut. Die Röte kann durch Druck entfernt werden, und bei der Palpation zeigt

der atrophische Fleck eine weichere Konsistenz und giebt das Gefühl gleichsam einer flachen „Lücke" in der Haut. Die Entwickelung geschieht von einem minimalen Anfange aus durch sehr langsames, excentrisches Wachstum ohne irgend welches klinisches Zeichen vorausgehender oder später begleitender Entzündung oder Gewebsneubildung in oder um den Fleck, überhaupt ohne Veränderungen im Aussehen des Fleckes und ohne subjektive Symptome. In beiden Fällen zeigten sich im Laufe von zwei bezw. $3^3/_4$ Jahren mit einem langdauernden Zwischenraume im ganzen nur zwei, in symmetrischen Regionen — auf der Wange, bezw. im angrenzenden Teile der Regio temporalis — lokalisierte Flecke ohne nachweisbare Ursache bei jungen, sonst ganz gesunden Weibern.

Später ist indessen bei der Patientin THIBIERGES[4] noch ein mit den früheren analoger Fleck im behaarten Kopfe entstanden, welcher den Verfasser zum Aufstellen dieser Frage bringt, ob es sich nicht bei seiner Patientin um einen Lupus erythematosus handeln könnte, eine Frage, deren Unlöslichkeit er doch gleichzeitig erkennt, so lange keine histologischen Untersuchungen vorliegen. Das obenstehende klinische Bild ist indessen so eigentümlich, besonders auch durch den Mangel jedes Entzündungssymptoms und durch die in allen Beziehungen intakte Oberflächentextur der Haut (ohne Schuppenbildung, dilatierte Follikelmündungen, cicatricielle Veränderungen u. s. w.), und somit klinisch so abweichend von demjenigen des Lupus erythematosus, dafs man so zu sagen diese letztere Krankheit einiger der wesentlichsten Symptome, worauf überhaupt ihre Diagnose aufgebaut wurde, entkleiden müfste, um sie dazu zu bringen hierunter einzufallen; man würde dadurch ganz aufserhalb des Rahmens des klinischen Bildes des Lupus erythematosus und gerade in die — immer klinisch gesehene — reine idiopathische Cutisatrophie hinein gelangen. So lange daher keine mikroskopische Beleuchtung dieser Fälle vorliegt, wird es das Korrekteste sein, die Affektion als eine idiopathische Atrophie aufzufassen, was sie ja jedenfalls in klinischer Hinsicht faktisch ist, und die ursprüngliche, rein symptomatische Diagnose THIBIERGES aufrecht zu halten, über welche vom Anfange an auch kein Zweifel geherrscht zu haben scheint, und die auch nach eigener Ansicht von JADASSOHN wie auch jetzt von HEUSS acceptiert wurde. Dafs dasselbe Krankheitsbild sich später bei meiner Patientin so identisch wiederholt hat, kann nur äufserlicher dafür sprechen, dafs es sich hier um eine wohl charakterisierte Form von idiopathischer Atrophie handelt.

Es ist überflüssig hinzuzufügen, dafs die oben berührte Reservation THIBIERGES seiner eigenen früheren Diagnose gegenüber, die übrigens nicht von HEUSS erwähnt wird, nicht der Reservation dieses letzteren Ver-

[4] *La Pratique Dermatolog.* Tome I. Paris 1900. S. 452, Anm.

fassers der Diagnose bei meiner Patientin gegenüber zu gute kommen kann, indem — ganz abgesehen von der an und für sich ganz ungenügenden Begründung dieser Reservation selbst — ja eben Dr. Heuss selbst den Fall Thibierges als eine idiopathische Atrophie acceptiert, und sogar den einen seiner Fälle (No. 2) hiermit ganz zu identifizieren scheint. Es findet sich doch indessen hier die „nicht unwesentliche klinische Differenz", dafs — gerade das periphere Wachstum bei dem Kranken von Heuss fehlte (!), indem angegeben wird (l. c. S. 7), dafs „die Flecken, auch die roten am Kinn, sollen im Verlaufe der Erkrankung an Gröfse nicht zugenommen haben", und aufserdem nahm die Atrophie stufenweise zu, gleichzeitig damit, dafs die Flecke, von rot aus, weifs und narbenähnlich wurden; von diesem letzteren Verhalten könnte doch vielleicht gedacht werden, dafs es von der in diesem Falle längeren Dauer der Affektion (im ganzen 7 Jahre) herrührte, und somit vielleicht nur eine anscheinende Differenz wäre (?). Auch Jadassohns und der erste von Heuss' Fällen wichen in so wesentlichen Beziehungen — in der Lokalisation, Form, Zahl und Entwickelung der Flecke, resp. in der Lokalisation, Zahl, Gröfse, Färbung und Entwickelung derselben — von dem klinischen Bilde bei Thibierges und bei meiner Patientin ab, dafs aller Grund dazu vorliegt, dieses letztere als eine selbständige klinische Form von idiopathischer makulöser Cutisatrophie hiervon auszuscheiden.

Noch ein Punkt verdient Aufmerksamkeit und nähere Untersuchung bei eventuellen späteren Fällen dieser Affektion, nämlich die von Heuss ausgesprochene Hypothese, dafs die Tuberkulose vielleicht ein ätiologischer Faktor beim Zustandekommen wenigstens gewisser idiopathischer makulöser Cutisatrophien sein könnte, indem — was ja gewifs bei einer so seltenen Affektion auffallend ist — sowohl Jadassohns als die beiden Patienten Heuss' in ausgesprochenem Grade an dieser Krankheit litten (Tumor albus genu, bezw. Lungentuberkulose bei den beiden Patienten Heuss'), — dafs die Affektion mit anderen Worten in gewissen Fällen zu der jetzt schon ziemlich grofsen Gruppe der „Tuberkuliden" hinzuzuzählen sei. Es würde ja hierdurch vielleicht sogar eine gewisse Verwandtschaft mit dem Lupus erythematosus entstehen. Übrigens wurde kein Zeichen von Tuberkulose nachgewiesen weder bei unserer Patientin noch bei derjenigen von Thibierge — was nach der oben citierten Angabe Jadassohns betreffend den allgemeinen Gesundheitszustand dieser letzteren zu schliefsen erlaubt sein mufs —; aber diese beiden Fälle schieden ja auch in mehreren Beziehungen als eine besondere Form von idiopathischer makulöser Cutisatrophie aus.

Replik zu vorstehender Erwiderung Dr. Nielsens.

Von

Dr. Heuss.

In vorstehender Einsendung bezichtigt mich Dr. Nielsen einer Inkonsequenz insofern, als ich die Berechtigung, seinen Fall von „Atrophodermia erythematosa maculosa mit excentrischer Verbreitung“ der Jadassohnschen Anetodermia maculosa anzugliedern, anzweifle, während ich umgekehrt klinisch den mit seinem vollständig übereinstimmenden Fall von Thibierge dazu zähle. Mit einem gewissen Recht! — Wie es aber aus meiner Arbeit (S. 6) klar hervorgeht, schien mir anfangs auch im Thibiergeschen Falle die Diagnose Lupus erythematodes berechtigter zu sein. Erst die Beobachtung meines zweiten Falles, der sich von meinem ersten nur durch Gröfse und Lokalisation der Flecken unterschied, dadurch aber dem Falle von Thibierge sich annäherte, bestimmte mich, wenn auch — ich gestehe es — mit einigem Widerstreben, diesen Fall der Atrophia maculosa cutis beizuzählen, wobei allerdings noch die grofse Erfahrung Jadassohns, der sowohl den Thibiergeschen als meinen ersten Fall gesehen, bestimmend mitspielten.

Gerade die „nicht unwesentlichen klinischen Differenzen“, periphere Gefäfszeichnung, peripheres Wachstum (Symptome, die übrigens gerade bei entzündlichen Prozessen in engstem Kausalnexus zueinander stehen), durch deren Fehlen meinen beiden Fällen ein ganz eigenartiger Stempel aufgedrückt wurde, mufsten mich auch in der Beurteilung des Nielsenschen Falles stutzig machen. Denn speciell dadurch erhält derselbe eine täuschende Ähnlichkeit mit dem Lupus erythematodes (Ulerythema centrifugum Unna) so sehr, dafs, wie jeder zugeben wird, die von seinem Fall gegebene Beschreibung unverändert auf gewisse leichtere Formen desselben, z. B. den Lupus pernio der Fingerrücken, sich übertragen läfst. So stellte sich heute in meiner Sprechstunde eine Frau mit in Abheilung begriffenem Lupus erythematodes des Gesichtes vor, wo die befallenen Partien sich von der normalen Umgebung nur durch leichte Einsenkung, schwache follikuläre Rötung und geringere Resistenz auszeichnete, „die Oberflächentextur der Haut vollständig normal war, mit Lanugohaaren und Follikeln ohne Runzeln oder narbige Veränderungen“ (Nielsen),

ohne Schuppung u. s. w., also bis auf Anamnese und noch bestehenden charakteristischen Veränderungen beider Ohrränder mit der von NIELSEN für seinen Fall gegebenen Beschreibung übereinstimmend. Gewifs dürften solche Fälle von Lupus erythematodes, auch Dr. NIELSEN schon begegnet sein. — Wenn ich also angesichts dieser grofsen Ähnlichkeit von gewissen Formen von Lupus erythematodes mit dem NIELSENschen Fall trotz der mit Recht allgemein anerkannten Autorität von N. der Skepsis mich befleifsige und seine Beobachtung, solange eben keine Biopsie vorliegt, wegen der „nicht unwesentlichen klinischen Differenzen" bis auf weiteres als zweifelhaft hinzustellen geneigt bin, so geschah es nur in der Absicht, diesen von JADASSOHN neugeschaffenen und gerade durch seinen mikroskopischen Befund so charakteristischen Symptomenkomplex von allen abweichenden, nicht absolut sicher gestellten und dadurch das Bild verwischenden Formen frei zu halten. Ich glaube auch jetzt noch trotz der NIELSENschen Erklärung, dafs wir bei einer nur auf so spärliche Beobachtungen sich stützenden mangelhaften Kenntnis des klinischen Bildes einer Affektion nicht berechtigt, sondern gezwungen sind, klinisch nicht unwesentlich abweichende Fälle, denen die Verifikation durch das charakteristische mikroskopische Bild überdies fehlt, bis auf weiteres exspektativ bei Seite zu stellen. Ob NIELSENS Fall bei genauerer Prüfung nicht doch zu JADASSOHNS Anetodermia gehört, diese Frage habe ich ausdrücklich offen gelassen; den exakten histologischen Beweis dafür zu erbringen bleibt aber N. zu thun übrig. Übrigens geht aus einem Passus von NIELSEN selbst hervor, dafs er an der Berechtigung, seinen Fall zur Atrophia maculosa cutis zu zählen, zweifelt, indem er schreibt, „dafs aller Grund vorliegt, dieses letztere (sc. klinische Bild von seinem und THIBIERGES Fall) als eine selbständige klinische Form von idiopathischer makulöser Cutisatrophie hiervon (d. h. von JADASSOHNS und meinen Fällen) auszuscheiden."

Dafs die von NIELSEN erwähnten klinischen Abweichungen zwischen JADASSOHNS und meinem ersten Fall bei der übrigen klinischen und vor allem mikroskopischen Übereinstimmung von sekundärer Bedeutung sind, so die vorgängige Papelbildung in JADASSOHNS Fall nur auf graduelle Differenzen ein und desselben entzündlichen Prozesses beruht, brauche ich hier nicht hervorzuheben (vergleiche z. B. syphilitische Papel u. s. Macula).

Zu grofsem Danke bin ich Dr. NIELSEN verpflichtet, dafs er mich nochmals auf die grofse Ähnlichkeit seines Falles mit dem von THIBIERGE aufmerksam gemacht und damit meine Zweifel, ob letzterer nicht doch von der Atrophia maculosa cutis zu trennen sei, von neuem geweckt hat. Sichere Entscheidung, ob dieser Fall zur Atrophia maculosa cutis gehört oder mit der NIELSENschen Affektion eine eigene Form von Hautatrophie bildet, wird erst das Mikroskop bringen können. Ich gebe daher NIELSEN

indirekt darin Recht, dafs ich gleich seinem auch den Fall von THIBIERGE bis auf weiteres aus dem Rahmen der JADASSOHNschen Anetoderma erythematodes ausgeschieden wissen möchte, womit ich hoffe, die aus seinen Zeilen sprechende väterliche Entrüstung darüber, dafs ich gewagt habe, die „Existenzberechtigung seines Kindes" anzuzweifeln, möge sich gelegt haben.

Aus der Praxis.

Zur Carcinombehandlung.

Von

P. G. UNNA.

Die möglichst frühzeitige und möglichst breite Excision der Hautcarcinome jeglicher Art galt bisher als die von der Wissenschaft gebotene und für den gewissenhaften Arzt allein maſsgebende Behandlung. Die Ätzungen krebsiger Geschwülste und Geschwüre, im zweiten Viertel des vorigen Jahrhunderts allgemein, im dritten noch oft geübt, sind im letzten Viertel desselben vollständig in Mifskredit gekommen; die dermatologische Behandlung machte der chirurgischen Platz.

Erst in den letzten Jahren bemerkt man wieder eine Bewegung, welche darauf abzielt, die chirurgische Behandlung der Carcinome durch chemische Mittel zu unterstützen oder gar zu ersetzen. Arsenik in innerer und äufserer Anwendung wird wieder — wie in alten Zeiten — empfohlen. Man kommt wohl also nicht mehr in den Verdacht, wissenschaftlich rückständig zu sein, wenn man seine Erfahrungen über unblutige und dennoch erfolgreiche Krebsbehandlung mitteilt.

Offen gesagt, haben nun wohl die Dermatologen im Stillen nie aufgehört, ihre pharmaceutischen Erfahrungen am Krebse zu machen, ja, sie konnten gar nicht anders. Denn ihnen allein kommt Jahr aus Jahr ein das relativ gutartigste Krebsmaterial zur Beobachtung von so schleichender und absonderlicher Entwickelung, dafs 5, 10 bis 20 Jahre vergehen können, ehe überhaupt die Frage der Operation dem Patienten und Arzt sich aufdrängt. Ich denke an die Fälle von Ulcus rodens (JACOB), von Xeroderma pigmentosum, von PAGETS Krankheit der Brustwarze und von multiplem Seemannscarcinom — denn die ähnlich sich verhaltenden Schornsteinfeger- und Paraffinkrebse sieht man heute, dank einer besseren Hygiene, fast gar nicht mehr.

In allen diesen Fällen geht ein „dermatologisches“ Vorstadium ohne spezifisch krebsigen Charakter vorher, ein höchst charakteristisches, knötchenförmiges, feuchtes oder warziges Exanthem, welches dermatologische Hülfe erheischt und bei derselben unter Umständen auch ausheilt. Das heifst in erster Linie: der Dermatologe ist gezwungen, gewisse Hautaffektionen, deren ominösen Ausgang er erkennt, zu behandeln und zwar zu einer Zeit, wo kaum noch ein Patient sich der anscheinenden Geringfügigkeit und Gutartigkeit des Leidens wegen zu einer Operation entschliefst.

In zweiter Linie aber fliefsen uns deshalb fortwährend allerlei Erfahrungen über medikamentöse Behandlung von Krebsen zu, weil die genannten Affektionen vom praktischen Arzt einfach nicht erkannt, als eine Bagatelle mit allen möglichen Mitteln behandelt und bei deren Unwirksamkeit von dem Patienten selbst mit Volksmitteln und abenteuerlichen Proceduren in Angriff genommen werden. So, um nur eines zu nennen, sind mir fast sämtliche Ulcera rodentia mit der falschen Diagnose: Lupus zugegangen und demgemäfs hatte ich Gelegenheit, so ziemlich die Wirkung und Nichtwirkung fast aller Lupusmittel auf diese Krankheit kennen zu lernen.

Nun wird zwar der Chirurge von Fach einwerfen, die aus diesen Erfahrungen abgeleiteten Sätze hätten nur Gültigkeit für die genannten dermatologischen Vorstadien; sowie der krebsige, um sich greifende Charakter offenbar werde, trete die Chirurgie in ihr Recht und womöglich schon vorher. Wer aber, wie ich, an eine Specificität des Krebsgiftes glaubt, wird sich der Folgerung nicht verschliefsen können, dafs das, was für die Vorstadien gut, ja ausreichend sich erweist, auch für den ausgesprochenen Krebs nicht schlecht, ja vielleicht für alle anderen Carcinomarten einiger Versuche wert sein dürfte, wozu ja die „inoperablen“ Krebse das beste Versuchsfeld jederzeit abgeben.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend möchte ich nun die wenigen Mittel einmal zusammenstellen und den Fachgenossen, sowie den Chirurgen für geeignete Fälle zur Prüfung empfehlen, die mir einen „spezifischen“ Einfluss auf Carcinome zu haben scheinen. Meine Studien bezogen sich bis vor wenigen Jahren allein auf das Ulcus rodens der Augen-, Nasen- und Wangengegend. Dann wandte ich dieselben Methoden aber auch gelegentlich auf andere, rascher wachsende, von seborrhoischen Warzen und von Muttermälern ausgehende Krebse an, mufste mich allerdings in diesen Fällen gewöhnlich bald zur Operation entschliefsen, in Rücksicht auf den in diesen Fällen eben hervortretenden Wunsch der Patienten. Es blieb mir aber doch Zeit genug übrig zu bemerken, dafs die Mittel auch in diesen Fällen nicht ohne gute Wirkung waren, wenn sie auch mit dem Messer an Schnelligkeit des Erfolgs nicht konkurrieren konnten.

Alle diese Mittel sind nicht neu, bis auf eines vielleicht. Ich möchte nur darauf hinweisen, dafs sie mir alle etwas spezifisch Anticarcinomatöses zu haben scheinen und deshalb allein oder in Kombination in geeigneten, besonders chronischen Fällen bei messerscheuen Patienten versucht werden sollten.

In erster Linie nenne ich den Paquelin, aber nicht zur Ausbrennung, wie er gewöhnlich angewandt wird, sondern zur Ansengung. Es kommt, wie mir scheint, darauf an, innerhalb des carcinomatösen Gewebes soviel brenzliche Produkte und soviel resorbierbare Fläche zu erzeugen wie möglich, was am besten durch siebartiges Einstechen des Spitzbrenners geschieht. Jedesmal nach dieser kleinen Operation ist ein merklicher Stillstand des krebsigen Prozesses und eine Reaktion mit gesunden Granulationen zu bemerken. Ich habe mich schon lange mit dem Gedanken getragen, die bei der Ansengung entstehenden brenzlichen Produkte durch trockene Destillation des tierischen Gewebseiweifses zu isolieren und konzentriert (in Salbenform) zu applizieren und bin mit derartigen Versuchen beschäftigt, über die ich später zu berichten hoffe.

In zweiter Linie nenne ich das Resorcin in Substanz und in den Formen des Pflastermulls und des Resorcinspiritus. Die günstige Wirkung des Resorcinpflastermulls auf beginnende Ulcera rodentia ist von mir schon vor einigen Jahren besprochen; sie ist hin und wieder verblüffend, wenigstens für die Patienten, nachdem sie eine grofse Anzahl von „Lupusmitteln“ ohne jeden Erfolg gebraucht hatten. Sie wird ungemein verstärkt durch Aufpuderung von Resorcin in Substanz unterhalb des Pflasters. Wo die Anwendung des Pflastermulls unthunlich ist, haben sich mir Dunstumschläge mit Resorcinspiritus (5%) auch von guter Wirkung gezeigt.

Gerade in den letzten Fällen habe ich zuweilen die Benzoësäure, ein starkes Antisepticum, mit dem Resorcin verbunden und glaube durch diese Kombination noch raschere Erfolge, speciell bei Ulcus rodens, erzielt zu haben. Es scheint eine gesunde Granulationsbildung sehr zu fördern und wurde bisher allein oder mit Resorcin in 1—5%iger, spirituöser Lösung angewandt.

Endlich habe auch ich in diesen Fällen nicht ohne Erfolg zum Arsenik gegriffen. Nachdem ich schon vor langer Zeit einen Arsenik-Quecksilber-Pflastermull gegen spitze Warzen und andere benigne Tumoren vielfach angewandt und empfohlen, bin ich für das Carcinom zu einem Arsenik-Salicyl-Cannabis-Pflastermull übergegangen (Acid. arsenicos., Extr. Cannabis ā 5, Acid salicylici 20 auf 1 m). Derselbe hat für Carcinome der Haut verschiedenster Herkunft eine ähnliche elektive Wirkung wie der einfache Salicyl-Cannabis-Pflastermull auf Lupusgewebe; das Krebsverdächtige ulceriert rasch, die gesunde Haut dazwischen bleibt viel länger erhalten.

Ich verfahre nun gewöhnlich so, dafs ich in geeigneten Fällen, z. B. von Ulcus rodens zuerst nur den Resorcinpflastermull permanent appliziere und die Wirkung beobachte. Bleiben einzelne Knötchen unbeeinflufst, so werden sie mit dem Spitzbrenner angestochen, ebenso indolente Geschwürsflächen. Darüber kommt wieder der Pflastermull, verstärkt mit Resorcinpulver in Substanz. Handelt es sich bereits um tiefergehende Carcinome, so wird sofort der Spitzbrenner zur Ansengung verwendet oder die Ulceration durch Arsen-Salicylsäure-Pflastermull bewirkt und die Abheilung unter Resorcin-Pflaster oder Resorcin-Benzoesäure-Dunstverband abgewartet. Die eventuellen Reste werden dann sofort in derselben Weise in Angriff genommen.

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 10. November 1900.

Rille demonstriert folgende Fälle:

1. 78jährige Frau mit **Pemphigus**, der auch unter Schüttelfrost ausgebrochen ist. Fast die ganze Körperoberfläche ist jetzt mit Blasen oder den aus ihnen hervorgehenden Erosionen bedeckt. Viele Blasen sind im Beginne von einem roten Hofe umgeben. Temperatur 38,5—39,4; Kräftezustand relativ gut. Im Munde nur eine kleine Erosion. Blaseninhalt schwach sauer. Im Blute viele eosinophile Zellen.

2. 57jährige Kranke mit **Lichen ruber planus**, der in Heilung begriffen ist. Das Leiden besteht seit ca. einem Jahr, ist sehr ausgebreitet, hat stellenweise zu schuppenden, stachlichen Exkrescenzen geführt. Behandlung mit 5%iger Jodkaliumlösung, mit zwei Löffeln täglich beginnend und auf 60 Löffel steigend. Zweimal wurde wegen Leibschmerzen, Diarrhoe, Schwindel, Fieber ausgesetzt und nachher von vorne begonnen. Insgesamt hat Patient in 79 Tagen 1913,5 g Jodkalium genommen. Die Heilwirkung ist eine eklatante, der Prozefs ist sehr zurückgegangen, das Jucken fast ganz geschwunden. Durch Arsen wäre nach Rilles Ansicht in dieser Zeit nicht mehr erreicht.

3. 57jährige Patientin mit **Cornu cutaneum** zwischen Daumen und Zeigefinger.

4. 45jähriger Mann mit **Roseola tardiva syphilitica**. Es sind in grofsen Ringen, Kreisen oder Bogenlinien angeordnete fleckige Effloreszenzen, die nicht früher als vor Ende des zweiten Jahres auftreten. Fournier bezeichnet diesen Ausschlag als „Erythème circiné tertiäre", Unna als „Neurosyphilid". Das Exanthem schwindet schwer; die lokale Behandlung mit grauen Pflasterstreifen ist neben der allgemeinen oft nötig. Jodipininjektionen sind hier mit Erfolg gemacht worden. Der Patient zeigt aufserdem an den Handrücken Erytheme, die an Pellagra erinnern. — Im Anschlufs daran demonstriert Rille Photographien von einem pseudopellagrösen Erythema solare der Handrücken und einer wirklichen Pellagra derselben Hautstelle.

Hacker stellt einen Patienten mit **operierter Hypospadie** vor.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland.

Sitzung vom 28. November 1900.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1901.)

D. Walsh stellt 1. einen 68jährigen Mann mit **symmetrischen Tophi** vor. Der Patient leidet seit längerer Zeit an Gelenkrheumatismus. An verschiedenen Teilen des Körpers, so an jeder Ulna findet man genau symmetrische, frei bewegliche, elastische Schwellungen, die nichts anderes als gichtische Ablagerungen sind.

2. einen **Fall mit Pili moniliformes.** Der 42jährige Patient leidet an Alopecia areata. Die Oberflächenhaare sind durchweg mehr oder weniger moniliform, weiſs und gröber als die dunklen Haare darunter. Das Haarpigment hat keine gleichmäſsige Verteilung in Bezug auf die Knoten. Dadurch unterscheidet sich dieser eigentümliche Zustand von der als „Monilethrix" beschriebenen Affektion. Auch die Thatsache, daſs er nicht angeboren ist, bildet ein unterscheidendes Merkmal.

Savill demonstriert ein 7jähriges Mädchen mit **Adenoma sebaceum** charakterisiert durch eine Anzahl kleiner gelber oder rosenroter Papeln, deren wirkliche Natur durch den vaskulären Zustand der Efflorescenzen verdeckt wird. Die Affektion, welche besonders das Gesicht befallen hat, besteht seit der frühesten Kindheit. Das Allgemeinbefinden, das Nervensystem, die Intelligenz ist nicht im geringsten gestört. Therapeutisch soll die Elektrolyse zur Anwendung kommen.

Savill demonstriert ferner einen 25jährigen Mann mit **Molluscum fibrosum.** Der Patient zeigt etwa 100—150 kleinerbsen- bis wallnuſsgroſse Exkrescenzen von gelatino-fibroider Beschaffenheit.

R. Ryan demonstriert einen **Fall von Alopecia areata,** der unter der Behandlung mit Lysol in allmählich stärker konzentrierten Lösungen (von 10%ig bis 40%ig) rasch gut geworden ist. Der Patient hatte die Kopf- und Barthaare und die Augenbrauen verloren und sie innerhalb von vier Monaten wiedererlangt. Die Behandlung eignet sich nicht für alle Fälle, da manche auch schwächere Lysollösungen nicht vertragen.

G. Pernet demonstriert einen **Fall von Psoriasis punctata,** deren Efflorescenzen vielfach den Schweiſsporen entsprechen, eine Eigentümlichkeit, auf welche R. Crocker in seinem „Atlas" aufmerksam gemacht hat, um daraus den Zusammenhang der Psoriasis mit dem Schweiſsapparat zu folgern. *C. Berliner-Aachen.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. November 1900.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1901.)

Bunch demonstriert **Kulturen der Ektothrixform des Trichophytonpilzes.** Eine der Kulturen stammt vom Pferde und zeigt ein Netzwerk von groben Luftkyphen, die von einem erhabenen, weiſsen Centrum ausstrahlen und an der Kante in feinen zugespitzten Fortsätzen auslaufen. Die von der Katze stammende Ektothrixkultur weist bei manchen Ähnlichkeiten auch Verschiedenheiten namentlich in der Beschaffenheit und dem Aussehen des Rasens auf. Die verschiedenen Varietäten der Ektothrixform nähern sich einander, d. h. ihre Unterschiede verschwinden fast ganz, wenn der Trichophytonpilz auf Kartoffeln gewachsen ist. Bei allen von B. demonstrierten Kulturen handelt es sich um Reinkulturen.

C. Fox demonstriert zwei Fälle von **Lichen planus,** die mannigfache Ähnlichkeiten mit der von Unna als **Parakeratosis variegata** beschriebenen Affektion haben.

Galloway stellt eine 52jährige Frau mit **Lupus erythematosus** vor, der im Februar 1900 begann und jetzt die ganzen Handrücken, das Gesicht und schliefslich auch die Schleimhaut des Rachens in deutlich wahrnehmbarer Weise ergriffen hat. Der Ausschlag besteht hier aus einem erythematösen Bezirk der Schleimhaut, in welchem sich kleinere mit maceriertem und desquamativem Epithel bedeckte Stellen befinden.

Der Fall ist von Interesse wegen der grofsen Seltenheit eines Lupus erythematosus der Schleimhaut.

G. Little demonstriert ein 15 Monate altes Kind mit **Urticaria papulosa**, deren Efflorescenzen den Papeln von Lichen planus sehr ähnlich sehen. C. Fox hat die Affektion als „Lichen infantum" beschrieben. Sie steht indessen in keiner Beziehung zum Lichen planus, findet sich häufig in der Begleitung von Rachitis und ist auf eine unzweckmäfsige Ernährung des Kindes zurückzuführen.

G. Pernet stellt ein 16jähriges Mädchen mit **späten Symptomen kongenitaler Syphilis** vor. Die Symptome bestehen hauptsächlich in schmerzhaften, periostitischen Schwellungen, die unter Jodkaliumgebrauch zurückgehen. Die Patientin zeigt aufserdem mehrere tiefe Narben von abgeheilter Periostitis. Von Interesse in diesem Falle ist, dafs tertiäre Erscheinungen bei wirklicher hereditärer Syphilis selten sind, dafs die Patientin nicht das typische Aussehen Hereditärsyphilitischer zeigte, auch nicht die Hutchinsonsche Trias aufwies.

Pringle demonstriert unter anderen einen 18jährigen Knaben mit einer Affektion, die an eine excessive Cutis anserina erinnert. Der Patient ist blafs, schlecht genährt und hat vergröfserte Cervikal- und Submaxillardrüsen. Die Diagnose schwankt zwischen **Tuberkuliden** oder **Lichen scrophulosorum.**

Ferner einen **Fall von Lichen hypertrophicus** bei einer 64jährigen Frau.

R. Crocker zeigt einen **Fall von Ichthyosis hystrix** in Streifen, welche dem Verlaufe der Hautverzweigungen des Nervus genito-cruralis entsprechen und den gröfseren Teil der vorderen und inneren Fläche des linken Oberschenkels einnehmen. Die seit der frühesten Kindheit bestehende Affektion ist charakterisiert durch erhabene, fingerbreite, mit dicken, hornigen, schwarzen Krusten bedeckte Efflorescenzen. Werden die Krusten losgelöst, so bleibt eine schwach erhabene, purpurrote, gefäfsreiche Oberfläche zurück.

J. H. Sequeira demonstriert **Fälle von Ulcus rodens behandelt mit Röntgenstrahlen.** In zwei Fällen sind die Ulcera vollständig verheilt, in einem ist die Heilung noch nicht vollkommen erreicht, aber mit Sicherheit zu erwarten.

Sitzung vom 12. Dezember 1900.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1901.)

C. Fox demonstriert **zwei Fälle von Tuberkuliden.** Fall 1 betrifft eine 25jährige junge Frau, die seit fünf Jahren an dem zeitweilig verschwindenden, aber immer wieder rezidivierenden Ausschlage leidet. Derselbe ist charakterisiert durch indolente, dunkelrote, akneiforme und knotige Efflorescenzen an den unteren zwei Dritteln der Beine. Einige haben akuminierte Form. Die meisten scheinen sich um den Haarfollikel entwickelt zu haben. Die Eiterbildung ist gering, dagegen besteht grofse Neigung zu centraler Nekrose und Krustenbildung und zur Bildung von infiltrierten durch Konfluenz benachbarter Efflorescenzen entstandenen Plaques, die nekrotisch werden oder stellenweise wie zerfressen aussehen.

Allgemein bemerkt der Vortragende, dafs man Tuberkulide in jeder Gröfse, von Hirsekorn- bis Taubengröfse, antrifft.

Galloway demonstriert einen **Fall von eigentümlicher Alopecia des Bartes verbunden mit Atrophie der Haut.** Letztere zeigt vertiefte Narben, welche zer-

störten Haarfollikeln entsprechen. Der Prozeſs verläuft mit entzündlicher Röte, obwohl im übrigen die entzündlichen Veränderungen sehr minimal sind und niemals Pustelbildung stattgefunden hat, wie sie bei jeder Form der Sykosis üblich ist. Der gegenwärtige Zustand mag durch irgend eine unregelmäſsige Form von Lupus erythematosus hervorgerufen werden und erinnert an Unnas Ulerythema centrifugum.

G. Little ein 4jähriges Mädchen mit **totaler Alopecia.** Das Kind hatte im April die Masern gehabt. Etwa zwei Monate, nachdem sie geheilt aus dem Spitale entlassen war, begannen ihr die Haare rapid auszufallen.

R. Crocker demonstriert einen **Fall von Parakeratosis variegata,** die Vortragender lieber mit Lichen variegatus bezeichnen möchte. Die Affektion begann bei dem 28jährigen Patienten, der bei seiner Berufsbeschäftigung häufig starken und plötzlichen Temperaturveränderungen ausgesetzt ist, vor 18 Monaten mit einem schwach schuppenden, roten Ausschlage am Oberschenkel. Nach und nach wurde fast der ganze Körper von der Krankheit befallen. Ein Arzt diagnostizierte Lichen syphiliticus und unterzog den Patienten einer energischen Quecksilberkur, ohne den Ausschlag beseitigen zu können. Der Stamm ist besprenkelt mit schwach erhabenen, blaſsrötlichen, stecknadelkopfgroſsen Papeln, die Neigung zu circinärer Anordnung zeigen. An der Beugefläche der Arme sieht der Ausschlag einem schlecht entwickelten Lichen planus ähnlich.

Whitfield demonstriert unter anderen Fällen einen Mann mit **infektiöser Follikulitis,** die jedoch einige Mitglieder für einen typischen durch Kratzen etwas entstellten Lichen planus ansehen. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Monatsberichte für Urologie.

Band VI, Heft 1.

Über eine neue Methode der Behandlung der Prostatahypertrophie mittels eines elektrokaustischen Incisors bei Vorhandensein eines Mittellappens, von Hugh H. Young. Bei einem Falle, in dem der in die Harnblase hineinragende mittlere hypertrophische Lappen vergeblich nach Bottini behandelt war und später erst mit Erfolg nach Sectio alta entfernt wurde, zeigte es sich, daſs für solche Fälle anders vorgegangen werden müsse. Es gilt kollique Incisionen beiderseitig zu machen, da die mittleren Incisionen den obstruierenden Teil unberührt lassen. Deshalb muſs man in folgender Weise vorgehen: Einführung des Instrumentes in die Blase, Zurückziehen bis der Schnabel die vordere Harnblasenwand berührt, Drehung um 180° nach links um in den Sulkus links vom Mittellappen zu gelangen, sodann weitere Drehung um 45° und kaustische Incision von 3—3½ cm Länge. Dasselbe wird auf der anderen Seite des Mittellappens wiederholt. Dieser wird dadurch ganz abgetrennt oder wenigstens zum Schrumpfen gebracht. — Zwei ausführliche Krankengeschichten zeigen den guten Erfolg dieses Vorgehens. — Die Statistik von Willyhenyer lehrt auch, daſs der gröſsere Teil der Miſserfolge der Bottinischen Operation bei bestehender intravesikaler Hypertrophie des mittleren Prostatalappens zu verzeichnen ist. Der vom Verfasser vorgeschlagene Weg ist geeignet derartigen Miſserfolgen vorzubeugen.

Dauerresultate der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Felix Legueu. Die Operationen, die bei der Behandlung der Prostatahypertrophie in Frage kommen, sind dreierlei Art: Erstens diejenigen, welche eine Abteilung des Harns resp. Herstellung einer Harnblasendrainage bezwecken; zweitens diejenigen, welche die Hoden zum Angriffspunkt nehmen; drittens diejenigen, welche direkt auf die Prostata einwirken sollen. Verfasser prüft die einzelnen Methoden auf ihre Dauerergebnisse. Die Harnblasendrainage, die Cystotomie, kann auf perinealem oder auf hypogastrischem Wege bewirkt werden. Die perineale Operation liefert überhaupt keine Dauerresultate. Die hypogastrische Etablierung einer Harnfistel (Cystotomie) ist bei akuter und subakuter Harninfektion ein wertvoller Behelf. Bei chronischen Fällen ist die Cystotomie wenig geeignet dem Leiden abzuhelfen, da die meisten Operierten nicht den Urin halten können oder sich durch die Fistel katheterisieren müssen. Aufserdem kommt es leicht zur Stagnation und zur Konkrementbildung. Die Cystotomie ist also nur eine Ultima ratio. Die testikulären Operationsmethoden sind in ihren Erfolgen unsicher. Eine Abnahme des Umfanges der Prostata tritt nach der Kastration sehr schnell ein, aber nur durch Depletion, nicht durch Atrophie. Eine derbe, sklerotische Prostata wird überhaupt nicht kleiner. Im Laufe der Jahre kommt es selten zu einer Atrophie. Unter 68 Fällen fand man nach acht Monaten bis vier Jahren deutliche Atrophie 4 mal, Volumsabnahme 41 mal, Status quo ante oder Volumszunahme 23 mal. Der therapeutische Erfolg ist übrigens auch nicht immer der Atrophie der Prostata proportional. Die Blasenfunktion bessert sich nach der Kastration stets schnell bei kompleter wie bei inkompleter Retention. Das unmittelbare Resultat hält aber nicht immer an. Ca. 60% der Patienten tragen eine dauernde Besserung davon, ca. 30% fallen bald wieder in den alten Zustand zurück, ca. 10% wird vollkommen gesund. Es wirkt die Kastration auf die Prostatagefäfse, weniger schon auf die Drüsenelemente; endlich wird die Kontraktilität der Harnblase durch diese Operation gehoben. Die Indikationen für dieselbe sind sehr beschränkt. Wertvoll ist sie nur in frühen Stadien prophylaktisch und therapeutisch; in dieser Zeit willigen die Patienten aber sehr selten in die Kastration. Die Wirkung der einseitigen Kastration ist erheblich geringer als diejenige der zweiseitigen. Die Angioneurektomie des Samenstranges ist noch zu wenig geübt, um Schlüsse zu gestatten. Die Resektion der Vasa deferentia und die Vasektomie haben noch weniger Erfolg als die Kastration. Die Vasektomie verhütet nur die Orchitiden der Prostatiker. Von Operationen an der Prostata hat die perineale Prostatotomie kein dauerndes Resultat. Die Bottinische Operation liefert zunächst glänzende Ergebnisse. Die Dauerresultate sind noch nicht genügend festgestellt. Die Mortalität beträgt 3%. Jedenfalls ist das Bottinische Verfahren eine einfache, benigne und wirksame Palliativoperation. Die Prostatektomie kann suprapubisch oder perineal ausgeführt werden. Das erstere Verfahren hat unter 242 Fällen 140 Heilungen resp. Besserungen und 102 negative Resultate gegeben. Für dasselbe kommen nur die Fälle in Betracht, in welchen das Hindernis in die Harnblase hineinragt, was unter 338 Fällen nur 121 mal der Fall ist. Die perineale Prostatektomie gestattet gröfsere Teile der Seitenlappen zu entfernen. Über die Dauerresultate ist auch hier noch nichts zu berichten. Gute Erfolge sind nur von frühzeitiger und ergiebiger Operation zu erwarten. Die Zukunftsaufgabe der Chirurgie ist die totale Prostatektomie.

Jessner-Königsberg i. Pr.

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. Januar 1901.

Eine eigentümliche, progressive Pigmentanomalie der Haut, von J. F. Schamberg - Philadelphia. Die Hautaffektion begann bei dem 15jährigen, kräftigen, Jüngling vor vier Jahren mit Flecken an den vorderen Tibialflächen beider Beine und dehnte sich langsam nach oben über das Kniegelenk, nach unten über die Knöchel aus. Im Beginn sind es stecknadelkopfgroße, rötliche Punkte, welche sich zu unregelmäßigen Plaques aneinanderreihen. Diese wachsen langsam durch Bildung neuer Efflorescenzen in der Peripherie. Die Punkte verschwinden im Laufe der Zeit und hinterlassen eine bräunlichgelbe Pigmentation, die nach und nach verblaßt. Gegenwärtig sind untere und obere Extremitäten von der Affektion befallen. Dieselbe verursacht keinerlei subjektive Symptome.

Der Verfasser teilt ausführlich das Resultat der mikroskopischen Untersuchung eines excidierten Hautstückchens mit. Unter dem Mikroskope bietet sich das Bild einer subakuten, entzündlichen Krankheit dar. Der pathologische Prozeß hat seinen Hauptsitz in der subpapillären Schicht des Coriums und ist am stärksten ausgeprägt in der unmittelbaren Nachbarschaft eines Schweißdrüsenganges. Ob der Schweißapparat eine Rolle in der Ätiologie der Krankheit spielt, hätte nur durch eine Untersuchung von zahlreichen, in verschiedenen Stadien der Entwickelung excidierten Flecken festgestellt werden können. Leider war dies im vorliegenden Falle nicht möglich. Die Abwesenheit des Pigments in den Präparaten ist wahrscheinlich dem Umstande zuzuschreiben, daß es sich um eine relativ noch junge Efflorescenz gehandelt hatte, bei welcher die Pigmentveränderungen in der Haut noch nicht Platz gegriffen hatten.

Die Affektion, für welche Verfasser eine prägnante Bezeichnung nicht gleich finden kann, hat manche Ähnlichkeit mit dem von Hutchinson und später von Crocker beschriebenen „Angioma serpiginosum". Auch hier sind die primären Efflorescenzen rötliche, unmerklich über das Niveau der Haut erhabene, pfefferkornähnliche Punkte, die jedoch im Gegensatze zu denen des beschriebenen Falles keine Pigmentation hinterlassen und auch ein anderes histologisches Bild aufweisen.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. Januar 1901.

I. **Über Riesenzellen,** von B. H. Buxton-New York. Der Verfasser bespricht zunächst die mitotische und amitotische Teilung verschiedener Zellen unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Im allgemeinen ist die mitotische Zellteilung sowohl bei niederen, wie bei hohen Organismen die Regel, während die amitotische als Vorläufer einer bevorstehenden Degeneration anzusehen ist.

Die Riesenzellen mögen in ihren frühen Entwickelungsstadien, so lange die Kerne noch gering an Zahl sind, sich mitotisch teilen, wie Goldmann, Baumgarten, Manasse annehmen, obgleich diese Mitosen Neigung zu multipolaren und sonstigen unregelmäßigen Formen zeigen. Andere Beobachter, wie Marchand, Bungner, Welcker leugnen überhaupt die mitotische Teilung der Riesenzellen. Alle dagegen stimmen darin überein, daß später, wenn die Kerne zahlreicher werden, und die Riesenzelle als solche fertig ist, nur amitotische Teilung Platz greift. Dieser nukleären Teilung folgt nicht Zellteilung, und es ist klar, daß multinukleäre Riesenzellen im wesentlichen die Rolle eines Syncytiums, einer provisorischen Hülle, spielen und in sich selbst die Elemente eines frühen Verfalles tragen.

Die Verteilung der Kerne in den Riesenzellen wechselt. Man kann zwei Typen unterscheiden:

1. den myeloiden Typus. Die Kerne gruppieren sich centralwärts oder sind unregelmäfsig verteilt. Typisch in Fällen, wo ein träges, unverdauliches Material vorhanden ist. Der Typus kann physiologisch oder pathologisch sein;

2. den Langhansschen Typus. Die Kerne gruppieren sich an der Peripherie der Zelle, entweder alle um den Rand oder an den Polen. Typisch bei chronischen, entzündlichen Prozessen und immer pathologisch.

Der Verfasser erörtert sodann die Bildung der physiologischen Riesenzellen, wie sie sich im Knochen vorfinden, und der sogenannten Fremdkörperriesenzellen. Der Knochen macht namentlich in den ersten Stadien seiner Entwickelung kontinuierlich Perioden der Resorption und Rekonstruktion durch mit Bildung von Howshipschen Lakunen, in welchen Riesenzellen (Myeloplaxen oder Köllikers Osteoklasten) beständig der Oberfläche des Knochens, wo die Resorption vor sich geht, anhaften und nach aufsen von ihnen befindet sich eine Zone von Granulationsgewebe.

Die Fremdkörperriesenzellen finden sich dort, wo fremdes Material von aufsen in die Gewebe gelangt. Ist der Fremdkörper hart und nicht leicht resorbierbar, so treten um ihn die Riesenzellen ähnlich wie am Knochen auf. Zuerst lagern sich Granulationszellen dem Fremdkörper an, gegen welchen sie durch aktiv sich vermehrendes Gewebe fest angepreíst werden. Infolge mangelhafter Ernährung der Granulationszellen kommt es dann zu abnormer nukleärer und unvollständiger Zellteilung.

Bei der Tuberkulosis und anderen Infektionen, wo Riesenzellen vorkommen, scheint es sich ähnlich zu verhalten. Wo einige Mikroorganismen festen Fufs gefafst haben, sehen sich die ersten Granulationszellen, welche in der Umgebung auftreten, durch die Toxine der Mikroorganismen in ihrer Ernährung und weiter in der normalen Vermehrung durch Teilung gestört. Eine Riesenzelle wird dann gebildet durch Fusion mehrerer Zellen oder durch das Anwachsen einer einzigen.

Der Verfasser bespricht das Auftreten von Riesenzellen in Tumoren und kommt zu dem Schlusse, dafs sie eine sekundäre Manifestation darstellen und aktiv nichts zum Wachstum der Geschwülste beitragen.

II. **Die blastomycetische Dermatitis und ihre Beziehung zu Yaws**, von J. Dwyer-New Orleans. Der Verfasser beschreibt einen Fall mit einer Affektion, die im Beginn das Bild von typischer Yaws darbot. Die 55jährige Patientin zeigte auf der Stirn und an den Handrücken kleine warzige oder verruköse, weiche Efflorescenzen, welche auf Druck aus vielen Öffnungen eine übelriechende, gelbliche Flüssigkeit entleerten. Im weiteren Verlaufe war die Affektion charakterisiert durch dollargrofse, runde Plaques, die aus kleinen, papillaren Erhabenheiten bestanden. Zwischen den Plaques war die Haut gespannt, glatt, durchscheinend, hier und da von stecknadelkopfgrofsen, blafsgelben Inhalt enthaltenden Pusteln durchbohrt. Stellenweise repräsentierten sich die Plaques als gelbliche oder rötliche, schwammige, verruköse, leicht blutende, beständig absondernde Massen, die an den Handrücken eine Neigung zur Kraterbildung zeigten.

Der Verfasser erörtert eingehend die Frage, ob bei der auffallenden Ähnlichkeit des Krankheitsbildes auf der einen Seite mit Yaws, auf der anderen mit der von Gilchrist und Stokes beschriebenen blastomycetischen Dermatitis, nicht diese beiden Affektionen identisch wären. Die an Gilchrist zur Untersuchung übersandten Präparate hat dieser als zweifellos von blastomycetischer Dermatitis herrührend bezeichnet. Unter der Behandlung mit Jodkalium innerlich und Merkurialpflaster äufserlich ist in dem vorliegenden Falle rasch Heilung mit nachfolgender Narbenbildung eingetreten.

III. **Drei Fälle von blastomycetischer Infektion der Haut**, von F. H. Montgomery-Chicago und H. T. Ricketts-Chicago. Fall 1 betrifft einen 45jährigen, mit Messen und Wiegen von Getreide beschäftigten Mann, der früher stets gesund war, und namentlich keine Syphilis gehabt hat. Bei seiner Arbeit ist er vielfach dem Getreidestaub ausgesetzt, hat auch die Gewohnheit, oftmals Getreidekörner zu kauen. Vor einem Jahre bekam er Risse in der Unterlippe, die zeitweilig verschwanden, jedoch immer wiederkehrten: vor einem Monate etwa hatte sich an einer Stelle eine Kruste gebildet. Als der Patient dieselbe abriſs, zeigte sich ein kleines Knötchen, das nicht heilen wollte, sondern rapide bis zur jetzigen Größe wuchs und leichtes Brennen oder Jucken verursachte.

Gegenwärtig sieht man an der Unterlippe links von der Mittellinie einen runden weichen Tumor mit einer roten, grob und unregelmäſsig granulierenden Oberfläche, aus welcher einige Papillarfortsätze hervorragen. Hier und da sind einzelne Fissuren sichtbar, die leicht bluten. Ulceration war nicht vorhanden. Abgesehen von der Blutung, sonderte die Fläche etwas wässeriges oder seröses Sekret ab. Der Tumor war gegen die Umgebung durch ein dünnes, induriertes Band scharf abgegrenzt. Die benachbarten Drüsen waren nicht geschwollen.

Unter der Behandlung mit Jodkalium ging die Schwellung nur sehr langsam zurück, während die Affektion nach der Fläche hin an Ausdehnung gewann. So wurde die Excision vorgenommen und ein nachhaltiger Erfolg ohne plastische Operation erzielt.

Der Verfasser M. bespricht die Differentialdiagnose.

Ricketts hat die bakteriologische und mikroskopische Untersuchung vorgenommen und einen Pilz rein gezüchtet; welcher seiner Größe und Morphologie nach ganz dem Sporothrix von Schencks und Hektoens Fällen entspricht. Er ist ebensowenig wie Schencks Sporothrix in den Geweben aufzufinden, doch ist er etwas gröſser als dieser. Sein Wachstum ist das des Blastomyces.

Das Ergebnis aus der Krankengeschichte und den Untersuchungen des ersten Falles ist:

1. Das klinische Bild deutet auf eine ungewöhnliche Ätiologie hin.

2. Soweit bekannt, ist der gefundene Organismus niemals als eine Verunreinigung der Kulturen angesehen worden.

3. Die Histopathologie stellt den Prozeſs mit Bestimmtheit unter eine Gruppe von Krankheiten, welche durch einen ähnlichen Pilz, wie der im vorliegenden Falle gefundene, verursacht werden.

4. Ein Stückchen des Tumors auf Meerschweinchen überimpft ruft einen Abscefs hervor, aus welchem der besagte Pilz reingezüchtet wurde.

5. Die Unmöglichkeit den Mikroorganismus in Schnittpräparaten mikroskopisch nachzuweisen, spricht nicht gegen die ätiologische Position des Pilzes, da er in Größe, Morphologie, Färbbarkeit den Lymphocyten und Bindegewebszellen sehr ähnlich ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, daſs die Blastomyceten Sporen bilden, die im soliden Gewebe in einer solchen Form existieren, welche dem körnigen Detritus gleicht, sich ebenso färbt und von ihm nicht unterscheiden läſst.

Sehr ausführlich werden Krankengeschichte und die Resultate der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung auch der beiden anderen Fälle mitgeteilt.

Der dritte Fall war von Interesse wegen der möglichen Beziehung zur Tuberkulosis. Die Schnittpräparate zeigten Blastomyceten in typischer Entwickelung, stellenweise in Riesenzellen eingeschlossen. Die Sektion des Falles ergab das Vorhandensein einer Miliartuberkulose.

IV. **Zwei Fälle von Blastomykosis der menschlichen Haut**, von J. N. Hyde und H. T. Ricketts - Chicago. Wie in den vorhergehenden Fällen werden hier

Krankengeschichte, Resultate der bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchung mitgeteilt und eine Übersicht über die bisher publizierten Fälle angeschlossen. Auch hier wird die auffallende Ähnlichkeit der blastomycetischen Dermatitis mit der Hauttuberkulose, namentlich der Tuberculosis verrucosa cutis und als differentialdiagnostische Merkmale hervorgehoben:

a) Die Tuberculosis verrucosa cutis ist selten multipel.

b) Dieselbe befällt relativ selten das Gesicht, während dieses die Prädilektionsstelle der blastomycetischen Hautinfektion ist.

c) Das Jodkalium hat sich niemals bei der Tuberculosis verrucosa cutis therapeutisch so wertvoll gezeigt, wie bei der blastomycetischen Dermatitis.

Während das Jodkalium in dieser letzteren Affektion zwar eine auffallende Besserung aber keine definitive Heilung zu erzielen im stande ist, erreicht es ein vollständiges Heilresultat bei gummösen, syphilitischen Hauterkrankungen, mit denen die blastomycetische Dermatitis häufig grofse Ähnlichkeit hat. In zweifelhaften Fällen wird man die Wirkung des Jodkaliums für die Differentialdiagnose verwerten können.

Was den Modus der Infektion betrifft, so glaubt Hyde, dafs der Mikroorganismus wahrscheinlich zuerst direkt in die Haut der Hand oder des Gesichts hineingerieben und von hier aus die Affektion auf andere Körperstellen übertragen werde. Die Multiplizität der Läsionen deutet darauf hin, dafs die Affektion in ziemlich hohem Grade autoinokulabel sei.

Bezüglich der Natur des spezifischen Organismus und der Veränderungen, welche er direkt oder indirekt in den Geweben hervorzurufen im stande ist, so erscheint es bei aller Ähnlichkeit der klinischen Bilder doch sicher, dafs der Organismus nicht in allen Fällen gleiches Wachstum und gleiche Gröfse aufweist. Die Verschiedenheiten hängen zum Teil von den Nährböden ab, auf denen der Pilz gezüchtet wird, vielleicht auch von dem Effekt der Therapie. Hektoen macht auf die Thatsache aufmerksam, dafs schon eine 1%ige Jodkaliumlösung die Gröfse des Pilzes in künstlichen Kulturen reduzieren kann. *C. Berliner-Aachen.*

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle.

1901. No. 1.

Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum, von A. Ajello. Verfasser giebt eine Übersicht der verschiedenen Autoren, welche Fälle dieser Affektion beobachtet und beschrieben haben, und geht dann zu seinem eigenen Falle über, den er bei einem 62jährigen Bauern beobachtet hat. Seine Diagnose stützt sich auf den klinischen und histologischen Befund, welcher mit demjenigen der anderen Autoren übereinstimmt: Sitz der Tumoren an einer Stelle des Gesichtes, wo die Talgdrüsen im Vergleiche zu den Knäueldrüsen unter normalen Verhältnissen ihre höchste Entwickelung erreichen, scharfe Begrenzung durch eine Bindegewebsscheide, Fehlen einer Neigung auf die angrenzenden Gewebe überzugreifen, Bestehen des Tumors aus einer Menge lobulierter Drüsen, welche mit Ausführungsgängen zusammenhängen, wie sie im Haarbalgtalgdrüsensystem gefunden werden und welche mit den Haarbälgen in Verbindung stehen, Entstehen des Tumors aus einer allmählichen hyperplastischen und regenerativen Produktion der Epithelien und der bereits bestehenden Talgdrüsen, deren Struktur und Funktion sie ziemlich unversehrt beibehalten haben.

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Die Lepra in Ostindien während des 17. und 18. Jahrhunderts, von J. M. H. van Dorssen. Aus dem Holländischen übersetzt von F. C. W. Ihlow. (August Hirschwald, Berlin 1901.) Die kleine historische Studie giebt interessante Aufschlüsse sowohl über die Verbreitung der Lepra, als auch über die den Aussatz betreffenden Kenntnisse und Ansichten der Ärzte und der Regierung in Niederländisch-Ostindien während des 17. und 18. Jahrhunderts. Das Hauptwerk über die Lepra aus dieser Zeit ist das 1687 in Amsterdam erschienene Buch „Verhandelinge van de Asiatise Melaatsheid" von Willem Ten Rhijne. Die von diesem Autor gegebene Symptomatologie der Lepra ist so vorzüglich, dafs auch heute, nach reichlich 200 Jahren nicht eine einzige Krankheitserscheinung von Bedeutung zugefügt werden kann. Die Ursache für die Entstehung und Verbreitung des „asiatischen Aussatzes" sind nach Ten Rhijne in erster Linie direkte und indirekte Ansteckung, in zweiter Linie Vererbung; daneben kommen aber seiner Ansicht nach auch individuelle prädisponierende Momente in Betracht. Diesen damals allgemein gültigen Anschauungen entsprechend wurden die Leprösen entweder in Leprosorien untergebracht oder gezwungen, aufserhalb der Städte zu wohnen und sich jeden Verkehrs mit Gesunden zu enthalten, von der Mitte des 18. Jahrhunderts an wurden zudem Männer und Frauen in den Leprosorien streng von einander getrennt gehalten. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts änderten die niederländischen Ärzte in Indien ihre Anschauungen bezüglich der Kontagiosität der Lepra dahin, dafs sie die Gefahr einer Ansteckung nur bei langem und innigem Kontakt, sowie insbesondere bei Bestehen von Ulcerationen für gegeben erachteten. Die strengen Isolierungsmafsregeln wurden damals aufgehoben.

Götz-München.

Das Geschlechtsleben in England mit besonderer Beziehung auf London (I. Teil), von Eugen Dühren. (H. Barsdorf, Charlottenburg 1901.) Dem ersten Werke seiner Studien zur Geschichte des menschlichen Geschlechtslebens, das den Marquis de Sade und seine Zeit behandelt, hat Dühren sehr bald einen Nachfolger gegeben. Vor uns liegt der erste Teil des zweiten Bandes der Studien, welcher das Geschlechtsleben in England behandelt. Die gleichen vom Referenten seinerzeit hervorgehobenen Vorzüge zeichnen auch diese Fortsetzung aus, nämlich die geschickte Verwertung eines ungeheuren Quellenmaterials, der tiefe wissenschaftliche Ernst der Darstellung und eine seltene Klarheit und Präzision des Stils. Gruppierten sich im „Marquis de Sade" die Beschreibungen und Darstellungen mehr auf eine Persönlichkeit, auf den berüchtigten Hauptheiden und eine begrenzte Zeitepoche, so entrollt der Verfasser im zweiten Bande mehr eine entwickelungsgeschichtliche Betrachtung der Moral- und Sexualpsychologie des ganzen englischen Volkes. In der Einleitung verbreitet sich Dühren über den allgemeinen Charakter des englischen Volkes und erklärt, wie aus seinem Nationalstolze verbunden mit dem praktischen, nur realen Werten zugerichtete Sinn eine völkische und individuelle Brutalität hervorgegangen ist, die sich auch im Sexualleben und hier nicht zum wenigsten geltend macht. Im Gegensatz hierzu wird die Prüderie und Frömmelei (Sonntagsruhe) des englischen Volkes hervorgehoben. Spezialisiert angezogen werden nun vom Verfasser diese Eigentümlichkeiten der Nation in Bezug auf den Geschlechtsverkehr in der Ehe und in der Form der Prostitution. Den Abschnitt Ehe leitet eine recht gut gelungene Schilderung der

englischen Frau mit ihren grofsen Vorzügen und Schattenseiten, psychischen wie physischen, ein. Ein Hauptthema bildet die Beleuchtung der öffentlichen Ehescheidungsprozesse, bei denen die skandalösesten Einzelheiten sexuellen Lebens vor dem meist von Damen gebildeten Publikum öffentlich verhandelt werden. Den zweiten Teil des Buches bildet die Beschreibung der Prostitution in England, die sich in ihrer Freiheit der allgemeinen Freiheit des Landes würdig, wenn man so sagen darf, an die Seite stellt. Als Orte der Prostitution gelten besonders neben den von Frankreich her eingeführten Bordellen, Tavernen, Matrosenkneipen, Kaffeehäuser, Theegärten, Cigarrenläden, Massierinstitute und Tanzetablissements. Des weiteren schildert der Verfasser die Gilde der Kuppler und der in London besonders gefährlichen Zuhälter, der Touters. In Blüte steht, wie ja aus den Enthüllungen der *Pall Mall Gazette* seinerzeit zur Genüge hervorgegangen ist, der Mädchenhandel, der durch die speziell in England so ausgebildete, weil mit der persönlichen Selbstsucht und der Arroganz des einzelnen zusammenhängende Defloration smanie bedingt wird (Kinderbordelle, Armstrongprozefs u. a.). Die Beziehungen der Prostitution zum Verbrechertum und die laxen Mafsregeln der Polizei gegenüber den Prostituierten bilden den Inhalt eines besonderen Abschnittes, in dem die Polizeiorgane zuweilen als aktiv beteiligte Verbrecherindividuen oder -banden eine keineswegs schöne Rolle spielen. Entsprechend den furchtbaren Auswüchsen des Geschlechtslebens sieht man auf der anderen Seite in England die ersten Mafsregeln gegen den Fall von Mädchen entstehen. Auch die Gründung des Abolitionismus ist ja ein englisches Werk. Mit Spannung sieht man dem zweiten Teil des zweiten Bandes entgegen. *Hopf-Dresden.*

Handatlas der Hautkrankheiten für Studierende und Ärzte, von M. Kaposi. III. (Schlufs-) Abteilung. N—Z. Naevus — Xeroderma pigmentosum. 136 Chromotafeln. (Wilh. Braumüller, Wien 1900.) Mit diesem vorliegenden III. Teile ist das vor ca. 1½ Jahren begonnene Werk, das insgesamt nun 376 Chromotafeln umfafst, vollendet und auch dieser letzte Band bietet mit seinen meist trefflich gelungenen Abbildungen dem praktischen Arzte einen wertvollen diagnostischen Behelf. Das ganze Werk zeugt von dem Reichtum des Materials, welches dem Verfasser zur Verfügung gestanden, und man kann demselben nur dankbar sein, dafs er diese Fülle des Wissenswerten der Allgemeinheit zugänglich gemacht hat. Tafel 241 bietet einen ausgesprochenen Fall von Naevus verrucosus, Tafel 247 einen ebensolchen von über den ganzen Körper verbreiteten Naevi. Eine grofse Seltenheit ist wohl der Fall von Pellagra der Haut (Tafel 250). Die verschiedenen Formen des Pemphigus sind in 12 Tafeln wiedergegeben, wovon zwei (258 u. 259) den Pemphigus foliaceus (incipiens resp. universalis) und eine (Tafel 263) den P. vegetans besonders charakteristisch illustrieren. Weniger ist dies der Fall mit Tafel 265, welche nicht leicht als Pityriasis rubra zu erkennen ist, dasselbe mufs man von Tafel 279 sagen, welche die wohl sehr seltene Psoriasis haemorrhagica der Unterextremitäten — eigentlich sind hier die Hämorrhagien das Hauptsächliche und die Psoriasis erscheint ganz unbedeutend — darstellt. Bei der Psoriasis vulgaris verrucosa (vegetans) auf Tafel 284 handelt es sich um Warzen, welche über den ganzen Körper verbreitet und mit Schuppen bedeckt sind. Interessant ist Tafel 289, welche den überhaupt zuerst beobachteten Fall von Rhinosklerom (im Beginn, an der Nasolabialfalte) wiedergiebt; weitere sechs Abbildungen beweisen die reiche Erfahrung des Verfassers in dieser, nicht gar häufigen Hautaffektion. Tafel 301—305 illustrieren das, ebenfalls seltene, Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum, eine Affektion, die man jedenfalls einmal am Lebenden gesehen haben mufs, um sie als solche zu erkennen. Sehr gut dargestellt ist Scabies norwegica, die von Bonix

zuerst beobachtete, 30—40 Jahre lang dauernde Form der Scabies. Seborrhoe und die verschiedenen Arten von Sykosis sind reich vertreten, hochinteressant und für die tägliche Praxis von grofser Wichtigkeit die verschiedenen Fälle von Haut- und Schleimhaut-Tuberkulose (Tafel 338—44). Fälle von zufälliger Variolisation (Tafel 357—359) dürften wir in Deutschland, wo jetzt allgemein Tierlymphe im Gebrauch ist, kaum mehr zur Beobachtung bekommen. Den Schlufs (Tafel 386—376) des Werkes, von dem das Aufgeführte natürlich nur einen kurzen Abrifs geben soll, bilden die zehn von Kaposi beobachteten Fälle von Xeroderma (Pergamenthaut), die, wie es scheint, meist mit Carcinose der Haut vergesellschaftet sind.

Stern-München.

Bakteriologischer Leitfaden, von Ernst Levy und Hugo Bruns. (Ludolf Beust, Strassburg 1901.) Das kleine Werkchen, die zweite vollständig umgearbeitete Auflage des von Levy und Wolf herausgegebenen „bakteriologischen Nachschlagebuches" behandelt in seinem ersten Teile die allgemeine Morphologie und Biologie der Bakterien und Protozoën unter gebührender Berücksichtigung der neuen Befunde und Erfahrungen bezüglich der Immunitätslehre, dann die Sterilisationsmethoden, Desinfektion, Nährböden, Kulturverfahren, Züchtungsmethoden bei anaëroben Bakterien, mikroskopische Untersuchung, Untersuchung der Lebenseigenschaften der Bakterien, Tierexperimente, Sektionstechnik, Luftinfektion und die Untersuchung der Luft, des Wassers und des Bodens. Daran schliefst sich als Hauptteil des Werkchens eine eingehende Beschreibung der einzelnen in alphabetischer Reihenfolge aufgeführten Mikroorganismen und zwar der pathogenen Bakterien, der Luft-, Wasser- und Bodenmikrobien und der Schimmelpilze, Hefen und Protozoën. Im Anhang endlich werden Diphtherie- und Tetanusheilserum, sowie die Gruberesche und Vidalsche Reaktion kurz besprochen. Trotz seiner kompendiösen Form enthält das Büchlein in präciser klarer Darstellung alles, was der Arbeiter auf diesem Gebiete wissen mufs. Ihr Ziel, „das Kompendium so zu gestalten, dafs es bei den bakteriologischen Arbeiten des Laboratoriums sowohl, als auch in der täglichen Praxis eine rasche und bequeme Orientierung in allen wichtigen Fragen erlaubt", haben die Verfasser erreicht.

Göts-München.

Ein Besuch auf Molokai, der Insel der Aussätzigen, von K. Schauinsland-Bremen. (Max Nössler, Bremen 1900.) Ein kleines überaus fesselnd geschriebenes Werkchen, in welchem der auf dem Gebiete der Natur- und Völkerkunde rühmlichst bekannte Verfasser die hawaiische Insel Molokai und ihre Bewohner, ihre Flora und ihre Fauna, sowie die auf einem Teil der Insel befindliche Leprastation, die Wirkungsstätte des edlen Pater Damien mit Wort und Bild anschaulich schildert.

Göts-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Scharlachfieber, von W. E. Shepherd-Taylorsville. (*Louisville Journ.* 1900. No. 2.) Aus der Abhandlung sei einiges, was von Interesse ist, hervorgehoben: Sydenham gab 1676 der Krankheit ihren eigenen Platz in der Medizin, indem er sie von den Masern differenzierte. Doch berichtet man schon von ihr vom Jahre 1543,

wo sie in Sicilien vorgekommen ist. Höchstwahrscheinlich ist der Scharlach europäischen Ursprungs, und nur noch in Kleinasien kommt er in beträchtlichem Umfange vor, ferner in Algier und den Azoren (nach Hirsch). Sonst ist Asien und Afrika scharlachfrei. In Amerika wurde das Scharlachfieber 1735 zuerst beobachtet, 1746 zuerst in Philadelphia. In Südamerika ist es häufiger wie im Norden, wie Drake nachwies. Bezüglich der Tenacität des Scharlachgiftes berichtet Verfasser zwei instruktive Fälle. Der eine von Richardson beobachtete betrifft ein Kind, welches ins Elternhaus zurückkehrte, in dem 4 Monate früher ein Geschwister an Scharlachfieber gestorben war. Das Haus und alle seine Gerätschaften, Kleider inbegriffen, war sorgfältig gereinigt worden, und doch erkrankte das zweite Kind ebenfalls sofort an Scharlach, an dem es zu Grunde ging. Ferner beobachtete Verfasser selbst eine Infektion, die angeblich durch ein gereinigtes, gewaschenes Flanellhemd eines an Scarlatina gestorbenen Kindes herbeigeführt worden ist. Auch verweist Shepherd auf die Möglichkeit einer Ansteckung durch die Milch scarlatinöser Kühe.

Hopf-Dresden.

Über einen konstanten Bakterienbefund bei Scharlach, von Adolf Baginsky und Paul Sommerfeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 28 u. 29.) Bei allen Fällen von scarlatinöser Angina findet man, zuweilen in Reinkultur, zumeist begleitet von anderen Kokken, indes stets überwiegend, Streptokokken.

Bei allen von uns untersuchten an Scharlach verstorbenen Kindern ist in allen Organen, auch im Blute und im Knochenmark, ein Streptococcus gefunden worden. Danach ist anzunehmen, dafs er in allen Scharlachfällen konstant vorhanden ist.

Der Streptococcus verhält sich in seinen morphologischen, kulturellen und biologischen Eigenschaften wie auch sonst die Streptokokken der Autoren. Die Streptokokken sind indes mit den bisher üblichen Kulturmethoden nicht differenzierbar.

Der Streptococcus ist an sich in verschieden hohem Grade virulent und seine Virulenz kann durch Passagen gesteigert werden. Derselbe giebt an das Kulturmedium ein Toxin ab.

Spezifische Eigenschaften konnten bei dem üblichen Kulturverfahren ebenso wenig an diesem bei Scharlach nachgewiesenen Streptococcus, wie an anderen bisher gefundenen ermittelt werden.

Die Konstanz der Anwesenheit des Streptococcus bei den an Scharlach Verstorbenen macht denselben für den Scharlachprozefs bedeutsam.

Die gesamten klinischen Erscheinungen des Scharlachs lassen sich aus der Verbreitung des Streptococcus in den Organen (Infektion) und der Giftigkeit seiner Stoffwechselprodukt (Toxicität) wohl ableiten.

Dieser Mikroorganismus des Scharlach erscheint als ein runder Coccus mit einzelnen runden Keimen, oder mit als Diplokokken gelagerten Keimen (je zu zwei verbunden), kürzere oder längere Ketten bildend. Derselbe wächst auf alkalischer Bouillon, auf Agar, Glycerin-Agar, Blutserum, Ascitesflüssigkeit und Harnbouillon. Gelatine verflüssigt er nicht, die Bouillon bleibt meist klar, bei Bildung eines stark zusammengeballten Bodensatzes. Auf Kartoffel zeigt er kein Wachstum. Auf Agar bildet er hellgelbbräunliche kleine runde Kolonien; ihr Wachstum ist auf Peptonagar mit Zuckerzusatz üppiger als auf gewöhnlichem Agar. Milch bringt er unter Säurebildung zur Gerinnung. Er färbt sich leicht mit allen Anilinfarben, und behält bei Gram-Färbung auch bei längerer Einwirkung die violette Farbe. Derselbe ist virulent, indes variiert seine Virulenz vielfach. Dieselbe kann durch Tierpassagen gesteigert werden. Der Coccus produziert ein Virus in der Kulturflüssigkeit. Spezifische Eigentümlichkeiten (Agglutination, Beeinflussung durch Immunserum etc.) waren bis jetzt nicht zu ermitteln.

In der Diskussion der Berliner medizinischen Gesellschaft über diesen Vortrag (13. Juni 1900) äufsert sich Heubner skeptisch über die Bedeutung des Befundes, da es ja nicht gelungen sei, irgend eine spezifische Eigenschaft dieses Streptococcus nachzuweisen, der ihn von anderen Arten unterschiede.

Slawyk hat sogar ganz entgegengesetzte Beobachtungen gemacht, nämlich die, dafs der Streptococcus sich nicht da findet, wo die Scharlach einen foudroyanten Verlauf hat, und erst bei den späteren sekundären, nicht spezifisch scarlatinösen Veränderungen auftritt.

Wassermann erkennt die Befunde von Baginsky an, obgleich sie über die eigentliche Ätiologie des Scharlachs noch keine endgültige Klarheit schaffen. Diese liefse sich vielleicht mit Hülfe der Serumreaktion gewinnen, indem man versuchen müsse, ob ein mittelst dieser Scarlatina-Streptokokken gewonnenes Immunserum nun alle anderen Streptokokken unbeeinflufst lasse oder nicht. *I. Bloch-Berlin.*

Die Ätiologie des Scharlachs, von W. J. Class-Chicago. (*Lancet.* 20. Sept. 1900.) In der ersten Hälfte dieses Aufsatzes weist C. nach, dafs der von Baginsky und Sommerfeld in vorstehendem Artikel beschriebene Diplococcus resp. kürzeste Kettencoccus die gröfste Ähnlichkeit hat mit dem von ihm im vorigen Jahre beschriebenen Diplococcus scarlatinae sowohl in Bezug auf Morphologie wie auf Wachstumsweise und Verhalten bei Inokulation auf Tiere. Dieser Darlegung nach scheint es höchst wahrscheinlich, dafs beide Entdeckungen den gleichen Mikroorganismus betreffen, eine erfreuliche Bestätigung für die Richtigkeit der Beobachtungen. Im zweiten Teile begründet Verfasser des weiteren die Selbständigkeit seiner Entdeckung auch anderen Autoren (z. B. Crajkowski) gegenüber. Der Classsche Diplococcus, welcher bei Züchtungen übrigens auch verschiedene Formveränderungen aufweist, ist nachträglich noch wiederholt von Jaques, Page und Gradwohl (siehe dies J.) bei Scharlachanfällen konstatiert worden. Die pathogene Wirkung desselben ist durch zahlreiche Impfungen an Mäusen, Schweinen und Meerschweinchen bewiesen worden. Auch zeigten bei weiterer Übertragung der Keime die Tiere (weifse Schweine) deutlich klinische Erscheinungen von Scharlach, und die anatomischen Veränderungen der Organe (Nieren, Lymphdrüsen, Milz) erinnerten lebhaft an die Befunde bei Scharlachleichen. Ferner ist es gelungen, eine Kontaktübertragung mit scharlachähnlichen Symptomen bei einem gesunden Schwein hervorzubringen, indem man dasselbe mit zwei durch Inokulation von Kulturen erkrankten Tieren zusammenbrachte. Besonders bemerkenswert ist die hemmende Wirkung, welche durch Zusatz von Blut von Scharlachkranken auf Plattenkulturen des Coccus erzielt wurde. Dafs dieser in Milch gedeiht, ohne eine Veränderung derselben hervorzurufen, stimmt auch mit der häufig als höchst wahrscheinlich beschriebenen Übertragung der Krankheit auf diesem Wege überein. Schliefslich ist der Organismus mehrfach bei scarlatinöser Halsentzündung und bei sogenanntem chirurgischen Scharlach gefunden, was, die Pathogenität desselben vorausgesetzt, eine vollgültige Erklärung der Entstehung beider Affektionen bedeuten würde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blutuntersuchungen bei Scharlach, von Johann Baptist Anton Marie van der Berg. (*Arch. f. Kinderheilk.* XXV. Bd.) An zwölf Fällen hat Verfasser genaue Blutuntersuchungen bei Scharlach vorgenommen. Er fand ungefähr folgendes: Stets besteht Hyperleukocytose, die am 4.—6. Tage ihr Maximum erreicht und 20 bis 30 Tage gewöhnlich dauert. Diese bleibt noch fortbestehen, wenn die Angina sich bereits gebessert hat. Bei einem drei Monate alten Säugling wurde die Leukocytose vermifst. — Die Erythrocytenzahl ist im Beginne ziemlich hoch; eine postfebrile

Anämie war in sieben Fällen nachweisbar. Das Fieber vermindert die roten Blutkörperchen nicht, wohl aber eine komplizierende Nephritis. — Der Hämoglobingehalt, anfangs hoch, nimmt allmählich ab, um später wieder anzusteigen. Das Fieber setzt denselben bald herab, bald steigert es ihn. — Das spezifische Gewicht des Blutes wird am meisten vom Hämoglobingehalt bestimmt. — Mikroskopisch findet man, daſs die Vermehrung der weiſsen Zellen durch Zunahme der polynucleären Formen und Übergangsformen bewirkt ist. Eine Vermehrung der eosinophilen Zellen ist nicht nachweisbar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einige Erscheinungen bei schwerem Scharlach, speziell in den oberen Luftwegen, von E. Kronenberg. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 24.) Purulente Rhinitis bei schweren Scharlachanginen kommt ja häufiger vor, zu ausgedehnten Zerstörungen in der Nase kommt es selten. In einem vom Verfasser mitgeteilten Fall kam es zu ausgedehnten Zerstörungen des Siebbeins mit Sequesterbildung. Auf diesem Wege kann es auch zur Meningitis von der Nase aus kommen, wie ein anderer Fall lehrt. — Interessant sind dann zwei Fälle, bei denen die Angina zu ausgedehnten gangränösen Zerstörungen des Gaumens und der Tonsillen mit darauffolgender Narbenbildung führte, sodaſs schlieſslich ein Bild, ähnlich dem nach schwerer Syphilis zurückbleibenden, entstand. Die meisten derartigen Fälle enden letal. Noch schlimmer steht es mit den Fällen, bei denen es zur rapiden Anschwellung der Lymphdrüsen mit unaufhaltsamer Infiltration des Halszellgewebes kommt ohne oder mit diphtheroider Angina. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Scharlachfieber ohne Exanthem, von H. W. Irvine. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1900.) Ein 18jähriges Mädchen erkrankte an Fieber und Halsschmerzen. Die Diagnose auf Scharlach wurde nach Ausschluſs von Diphtherie durch die mikroskopische Untersuchung des Urins, der zwar kein Eiweiſs, wohl aber Nieren- und Blasenepithel enthielt, und durch die nachfolgende Desquamation der ganzen Epidermis gestellt. Das Scharlachexanthem fehlte gänzlich. *C. Berliner-Aachen.*

In der Société médicale des Hopitaux (Sitzung vom 26. Oktober 1900. Nach *Journ. d. pratic.* 1900. No. 45) sprachen Variot und Devé über die **Polymorphie der Scharlachanginen.** Bemerkenswert ist die Mitteilung, daſs unter den 525 Fällen von Scharlachanginen, über welche die Verfasser Aufzeichnungen besitzen, 30 Fälle von echter, durch Löfflersche Bacillen hervorgerufener Diphtherie sich befanden. Die Mehrzahl dieser 30 Diphtheriefälle, von denen 6 tötlich endeten, nahm gleichzeitig mit dem Beginn der Scarlatina ihren Anfang. *Göts-München.*

Ein ungewöhnlicher Fall von Scharlach, von A. J. R. Oxley - London. (*Lancet.* 18. Aug. 1900.) Etwa 8 Tage nach Ablauf der akuten Symptome einer mittelschweren Scharlachattacke zeigte der Patient, ein kleiner Knabe, eine subcutane Hämorrhagie an der linken Seite gerade oberhalb der Crista ilei. Sonstige krankhafte Erscheinungen fehlten, aber im Verlaufe weniger Stunden dehnte sich die subcutane Blutung über den gröſseren Teil des Körpers aus und in kurzer Zeit trat der Tod ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen mit Scarlatina komplizierten Fall von Typhus, von Dubois-Havenith. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 29.) Verfasser weist auf die Schwierigkeiten hin, auf die man zuweilen bei der Differentialdiagnose zwischen dem typischen Scharlachfieber und den scharlachartigen Erythemen stöſst, welche letztere bei

Intoxikationen (Quecksilber etc.) oder im Verlaufe anderer Infektionskrankheiten beobachtet werden (Typhus). Zur Differentialdiagnose hebt er folgende Punkte hervor: Das eruptive Stadium der Scarlatina dauert nie mehr als 10 Tage. Die Desquamation tritt nicht vor Ablauf der Eruption ein, aufser allenfalls bei hyperakuten Fällen, niemals aber bereits in den ersten Tagen des Exanthems. Recidive sind beim Scharlach eine grofse Seltenheit, bei den scarlatiniformen Exanthemen die Regel. Endlich ist die Ätiologie zu berücksichtigen. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zur Kenntnis des Scharlachs und der Masern, von Jaroslav Elgart. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 38.) Auf Grund epidemiologischer Beobachtungen im Spital kam Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Schleimhautaffektion das primäre Symptom von Scharlach und Masern bildet. Deshalb versuchte er prophylaktisch eine Desinfektion des Respirationstraktus anzustreben, indem er die Kinder zweimal täglich folgende Lösungen inhalieren liefs: Aq. Calcis u. Aq. dest. ää, 3% Borsäurelösung, 0,05% Lösung von Jodtrichlorid, 3% Lösung von Natrium chloratum. Der Erfolg war, dafs während der Inhalationszeit kein Fall von Masern oder Scharlach vorgekommen ist. — Sechs Wochen wurden die Inhalationen sistiert, als dann aber von einem im Desquamationsstadium des Scharlachs aufgenommenen Kinde ein anderes infiziert wurde, nahm man dieselben wieder auf und es kam keine weitere Infektion mehr vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ist es möglich die Sterblichkeit infolge von Masern durch gesetzliche Mafsnahmen zu verhindern? von Bruggen. (*Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.* 1899. No. 19.) Angesichts der grofsen Sterblichkeit nach Masern (in München 2650 Fälle in 20 Jahren) hält Verfasser das Eingreifen prophylaktischer Vorsichtsmafsregeln für unumgänglich notwendig: Schlufs der Kleinkinderschulen, Kindergärten und -Krippen bei Epidemien; Ausschlufs der noch nicht an Masern erkrankten Hausgenossen von Masernpatienten aus der Schule etc.
C. Müller-Genf.

Prämonitorische Ausschläge bei Masern, von J. H. Thursfield-London. (*Lancet.* 18. Aug. 1900.) Auf der Kinderabteilung des Krankenhauses wurde eines Abends spät ein achtjähriger Knabe aufgenommen, bei dem am nächsten Morgen typische Masern konstatiert wurden. Im Anschlufs hieran erkrankten von den 19 anwesenden Kindern 7; von den übrigen 12 hatten 10 die Masern schon durchgemacht, eins, ein Säugling, blieb verschont, eins starb an einer anderen Krankheit. Von den 7 erkrankten zeigten 5 wenige Tage nach der Aufnahme des infizierenden Knaben ein auffälliges, glänzend rotes Erythem, sowohl am Rumpf wie an den Extremitäten und am Gesicht; dasselbe verging in 2—3 Tagen, und am 14. Tage nach der Infektionsgefahr traten die ersten deutlichen Masernsymptome hervor. — Bei 2 Kindern fand sich bei dem prämonitorischen Ausschlag eine feine Papelbildung am Halse, dem Gesicht und hinter den Ohren, sonst war derselbe fleckig oder diffus. Diese prämonitorischen Exantheme sind, wie T. meint, im allgemeinen wenig beachtet worden.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Desinfektion bei den Masern, von Vallin. (*Bulletin de l'Académie de Médecine.* 1900. No. 8.) Verfasser konstatiert, dafs die Masern in Paris im Zeitraume von 1895—99 nicht allein stetig zugenommen haben, sondern auch unter allen akuten Infektionskrankheiten weitaus die höchste Mortalitätsziffer aufweisen. Verfasser führt diese bedauernswerte Thatsache auf den Umstand zurück, dafs die Akademie die Masern nicht unter denjenigen Infektionskrankheiten beibehalten hat, welche vom Arzte obligatorisch angezeigt werden müssen. Die von der Obrigkeit den Armen

unentgeltlich, den wohlhabenderen Bewohnern gegen geringe Entschädigung zur Verfügung gestellte Desinfektion wird dementsprechend auch gar nicht oder nur ausnahmsweise vom Publikum benutzt. *C. Müller-Genf.*

Die Masern in den Kinderkrippen, von Beluze. (*Revue d'Hygiène.* XXII.) Verfasser empfiehlt folgende Vorsichtsmafsregeln zur Verhinderung einer Verbreitung der Epidemie in den Krippen: den ersten, von auswärts importierten Fall nicht aufser Auge fallen lassen; den Beginn des kontagiösen Prodromalstadiums berechnen und zwar erstens durch dessen Feststellung in der Krippe, dann mit Hülfe des Zeitpunktes, an dem die Eruption aufgetreten ist; sechs Tage nach diesem Zeitpunkte sollen die Kinder für die Dauer von 9 Tagen entlassen werden. Bei der Wiederaufnahme sollen sie ärztlich untersucht werden. *C. Müller-Genf.*

Über die Abnahme der Leukocyten im Blute bei Masern, von Caccia. (*Clin. med. ital.* Mai 1900.) Nach den Untersuchungen des Verfassers hat man bei Masern eine beträchtliche Abnahme der Leukocyten und zwar sowohl der polynukleären Elemente als der Lymphocyten. Diese Abnahme erreicht ihr Maximum im Anfange der eruptiven Periode; sodann nimmt die Zahl der Leukocyten wieder zu und erreicht in sechs oder acht Tagen normale Ziffern. In den Fällen, wo die Masern mit anderen Krankheiten kompliziert sind, welche normaler Weise von Leukocytose begleitet sind, ist diese letztere viel weniger ausgesprochen. Diese Abnahme der Leukocyten rührt nicht von einer Zerstörung derselben her, sondern von einem verminderten Zufluſs infolge von negativer Chemotaxis und einer verschiedenen Verteilung derselben. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von Masern kombiniert mit Pemphigus acutus, von Haeubler. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 33.) Das dreijährige Kind erkrankte schwer an Masern; am sechsten Tage der Masernerkrankung machte sich auf dem rechten Schulterblatt eine Pemphigusblase bemerkbar, die rasch bis zur Gröſse eines Fünfmarkstückes wuchs; der Inhalt trübte sich; in den nächsten Tagen traten neue Blasen besonders am Rücken und Bauch auf; der Verlauf der Erkrankung war ein günstiger. Interessant ist, daſs eine Schwester der Patientin, die an gleicher Zeit eine leichte Masernerkrankung durchmachte, nach Angabe der Mutter auch einige Blasen gehabt haben soll. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Entwickelung der Varicellen, von Pienne Merklen. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 43.) Der Verfasser konnte in vier Fällen von Windpocken konstatieren, daſs schon vor dem Beginn des Fiebers auf dem Rücken und an der Brust vereinzelte typische Varicellenbläschen auftraten; in einem Falle stellte sich erst 48 Stunden nach dem Erscheinen dieser ersten Bläschen Fieber ein. Ein solch schleichender Beginn macht natürlich den Wert aller prophylaktischen Maſsnahmen gegen die Weiterverbreitung der Krankheit illusorisch. *Göts-München.*

Ein Fall von Varicella maligna, von Friedmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 47.) Das 1½jährige Kind hatte an beiden Gesäſshälften bis hinunter zu den Kniekehlen pfenniggroſse, teilweise konfluierende Geschwüre mit scharfen Rändern und hellrotem Grunde; aufserdem bestand Nephritis; in circa drei Wochen Genesung. Die Diagnose wurde per exclusionem gestellt, weil „in der Nachbarschaft noch zwei leichte Windpockenfälle zur Behandlung kamen, auch jetzt noch verschiedentlich Windpocken in der Stadt vorkommen." (Das ist doch wohl kaum genügend. Ref.) *F. Hahn-Bremen.*

Sekundäre Exantheme bei Varicellen, von Léon Cerf-Angers. (*Presse méd.* 1900. No. 83.) Gintrac ist der erste gewesen, der analog wie bei anderen febrilen Infektionskrankheiten auftretende von dem eigentlichen Ausschlag der betreffenden Krankheit unabhängige Exantheme bei Varicellen beschrieben hat. Diese wurden früher im Gegensatz zu den häufig beobachteten und gut studierten Rash varioliques für seltene Erscheinungen angesehen. Das rührt daher, dafs die Rash varicelliques sehr flüchtig sind und früher zu der Fehldiagnose Scarlatina in Varicellis führten. Cerf hat 45 einschlägige Beobachtungen zusammengestellt, welche einem Zeitraum von 40 Jahren entsprechen. Davon fallen 11 Beobachtungen auf 1898 und 1899, was nicht sowohl für die Zunahme, sondern für die bessere Diagnose solcher Fälle spricht. Alter und Geschlecht haben keinen Einfluſs auf das Auftreten dieser flüchtigen Exantheme. Meist gehen letztere dem eigentlichen Varicellenausschlag voraus, und zwar einige Stunden bis zwei Tage (Mittel 1 Tag). In einem Fall von Demme mit dreifachen Varicellschüben ging diesen alle drei Mal ein scarlatinöses flüchtiges Exanthem voran. Doch liegen auch viele Beobachtungen posteruptiver Ausschläge vor. (Chauffard, Charmoy, Comby.) Prodromalerscheinungen fehlen vielfach gänzlich, meist gehen aber Fieber (bis 41,6 Thomas), Pulssteigerungen (bis 160 Baader), Erbrechen, Diarrhoe u. a. dem scarlatinösen Exanthem voraus. Scarlatinös war dasselbe in den vorliegenden 45 Fällen 40 mal, 1 mal morbillös, 1 mal purpuraartig, 2 mal gemischt. Der Rash purpurique ist verbunden mit Varicellae haemorrhagicae. Die scarlatinöse Form kann alle Körperteile ergreifen. Allgemein wird er sehr selten, meist tritt er in Form verstreuter groſser scharlachroter Bezirke auf. Der Übergang zur gesunden Haut ist ziemlich schroff. Auf den so erkrankten Stellen selbst vermögen sich die Varicellenbläschen zu entwickeln. Subjektive Erscheinungen von seiten der Haut fehlen. Druck erzeugt raschest wieder verschwindende Anämie. Nach dem Exanthem zeigt sich keinerlei Schuppung. Hutinel hat nachgewiesen, dafs diese flüchtigen accessorischen Exantheme die Folge sekundärer Infektionen sind. Am schwersten abzugrenzen sind solche scarlatiniforme Varicellenexantheme von wahrer Scarlatina, denn Fieber, Angina, hoher Puls, Eiweiſsabscheidung können bei beiden Affektionen vorhanden sein. Nur ein Diagnosticum kann, abgesehen davon, dafs unsere Ausschläge baldigt wieder vergehen, von positivem Wert sein. Bei Scharlach erzeugt ein Strich mit dem Nagel eine breite anämische Linie, die ziemlich lange bestehen bleibt, und in deren Mitte eine rote Linie verläuft. Diese Erscheinung fehlt bei den Rash varicelliques; ebenso die Abschuppung nach Verschwinden des Hautausschlags. *Hopf-Dresden.*

Bemerkungen über das Alter der Pockenkenntnis in Indien und China, von Johannes Orth-Göttingen. (*Janus.* 1900. August-Oktober.) Nach Holwell haben die Inder die Pocken seit uralten Zeiten wohl gekannt, nämlich schon vor 3366 Jahren, wo eine gewisse Gottheit zum Schutze gegen diese Krankheit angerufen worden sein soll. Auch Impfungen sollen damals schon von den Brahmanen unter Gebeten ausgeführt worden sein. Verfasser hat nun Nachforschungen in den entsprechenden Quellenwerken vorgenommen, die ihm durch die Mitarbeit des Göttinger Professors für indische Philologie Kielhorn und des Würzburger Sanskritforschers Jolly ermöglicht wurden, und kommt zum dem entgegengesetzten Ergebnis wie Holwell, dessen Angaben inzwischen in viele medizinische Werke übergegangen sind. In der ersten Epoche der indischen Litteratur findet man die Variola als solche noch nicht erwähnt, doch könnten sie vielleicht eine der Hautkrankheiten sein, die man unter dem Namen Kushtha zusammenfaſst. In einem Werke aus wahrscheinlich dem 1. Jahrhundert nach Christus werden die Pocken als eines der kleineren Übel angesprochen und zwar mit dem Namen Masurika, Linsenkrankheit von Masura, die Linse.

Eine weitere Epoche trennt sie von den kleineren Übeln und stellt sie als Krankheitsentität mit genauer Beschreibung der Symptome und Therapie auf. Unter den Heilmitteln befindet sich wahrscheinlich auch das Quecksilber. Der Name einer Pockengöttin entwickelte sich erst später. Sicher ist jedenfalls, daſs sich von ihr wie von der Variola selbst in dem auf vielleicht 1000 Jahre vor Christus fallenden Werke Atharva-Veda nichts vorfindet, wie es HOLWELL behauptet hat. Was China anbetrifft, so ergiebt sich aus einem französischen Bericht über das am Ende des 18. Jahrhunderts erschienene chinesische Werk Teoutchin-sin-fa, d. h. Herzenstraktat über die Blattern, welches von den Ärzten des kaiserlichen medizinischen Kollegiums verfaſst worden war, daſs die Variola in China unter der Tcheou-Dynastie, also zwischen dem 12. und 3. Jahrhundert vor Christus zuerst aufgetreten sind. *Hopf-Dresden.*

Variola und Phthisis, von SEWER. STERLING-Lodz. (*Zeitschr. f. Tuberkulose.* I. Bd. 4. Heft.) LANDOUZY behauptete, daſs Individuen, welche Pocken durchgemacht haben, zur Tuberkulose disponieren. Verfasser prüfte diese Behauptung an den russischen Arbeitern zweier Fabriken, welche noch nichts von Impfung wissen. Es waren von 1500 Arbeitern 381 (= 25,4%) mit Pockennarben behaftet. Unter 100 phthisischen Arbeitern waren 37 (= 37%) pockennarbig, so daſs ein Überschuſs von circa 11% zu Gunsten der Phthise vorhanden ist, welche Zahl bei Berücksichtigung der verschiedenen Kategorien von Kranken nach Verfassers Rechnung noch erheblich steigt. Verfasser ist also geneigt, die Variola als einen die Tuberkulose begünstigenden Faktor anzusehen. Er verspricht weitere Mitteilungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Leukocytose bei Variola, von EMILE WEIL. (*Indépend. méd.* 1900. pag. 201.) Die Pocken verlaufen, wie Beobachtungen des Verfassers an 36 Fällen beweisen, mit einer Leukocytose, meist mittleren Grades, die mit der Krankheit beginnend zur Zeit der Bläschenbildung ihren Höhepunkt erreicht (bis 35000). Bei den hämorrhagischen Formen von Variola ist die Zahl der Leukocyten oft normal oder hält sich sogar unter der Norm. Die Form der variolösen Leukocytose ähnelt der der myelogenen Leukämie, mit groſsen mononukleären, granulierten oder nicht granulierten Leukocyten. WEIL fand 47,20% neutrophile Polynukleärzellen; 31,57% mittlere Mononukleäre; 8,19% groſse solche; 6,51% neutrophile solche; 1,45% eosinophile; 0,24% globuläre; 0,24% eosinophile mononukleäre; 1,21% neutrophile Übergangsformen; 3,36% granulierte Myelocyten. Auf der Höhe der Erkrankung und in der Rekonvalescenz treten auch granulierte mono- und polynukleäre basophile Leukocyten auf. Mit der Leukocytose einher gehen mehr minder groſse Schübe von Normoblastenbildung.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Pocken während der Schwangerschaft, von A. D. ROBERTS. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1900.) Die 25jährige Frau war als Kind geimpft worden. Ihr Mann, der geschäftlich nach Lincoln und Hull kam, hatte angeblich an Influenza in Verbindung mit einem Ausschlag im Gesichte gelitten, der Ausschlag war in Beulen übergegangen und heilte später mit Hinterlassung von Narben ab. Aller Wahrscheinlichkeit nach hatte es sich hier um modifizierte Pocken gehandelt, die dann auf die Frau übertragen worden waren. Einige Tage nach Beginn des Eiterungsfiebers gebar die Patientin ein Kind, das bald darauf starb. Sie selbst genas vollkommen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Behandlung der Variola, von COURTOIS-SUFFIT. (*Gaz. d. Hôpit.* 1900. No. 30.) Eine Aufzählung der verschiedenen bei der Krankheit früher und jetzt angewandten Mittel, worunter diejenige von DU CASTEL besonders empfohlen wird.

Dieselbe besteht in der gleichzeitigen Darreichung von Äther in subcutanen Injektionen (täglich zwei) und von Opium in Gestalt von Extr. thebaic. (0,2 pro die); dazu kommt dann noch meist Eisenchloridlösung (20 Tropfen im Tag). Bei dieser Behandlungsmethode soll die Eiterung öfters ausbleiben, die Eruption in ihrer Entwickelung stehen und die Papeln und Bläschen nur klein bleiben.

C. Müller-Genf.

Salol bei Variola, von Ch. Begg. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1900.) Während seines langjährigen Aufenthaltes in China hat Verfasser sich manche Erfahrungen in der Behandlung der Pocken angeeignet. Seine Aufmerksamkeit auf den Gebrauch des Salols bei Variola wurde durch die Beobachtung gelenkt, dafs der Mosquitostich ohne jede Reaktion bei solchen Personen verlief, welche wegen Cystitis grofse Dosen von Salol eingenommen hatten. Verfasser hat danach bei verschiedenen juckenden Hautaffektionen den Patienten Salol innerlich verordnet und eine bedeutende Milderung des Juckreizes erzielt. Schliefslich erprobte er das Mittel bei Pockenkranken. Die Wirkung war eine wunderbare. Jeglicher Juckreiz und jedes Verlangen der Patienten sich zu kratzen hörte mit absoluter Sicherheit auf. *C. Berliner-Aachen.*

Bericht über die im Jahre 1899 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von L. Voigt-Hamburg. (*Arch. f. Kinderheilkde.* XXIX.) Der Inhalt dieser ausführlichen Schrift ist aus dem Titel ersichtlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Im Verein der Ärzte in Halle a. S., Sitzung vom 13. Juni 1900 nach *Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 30, sprach Risel über „die **neuen Bestimmungen zur Ausführung des Reichsimpfgesetzes** vom 28. Februar 1900." Risel kann sich mit den neuen Bestimmungen nicht befreunden. Wenn in Zukunft die Tierlymphe nur mit Glycerin vermischt und nicht früher abgegeben werden darf, als bis sie in dieser Mischung vier Wochen lang aufbewahrt worden ist, so sind in solchem Impfstoff allerdings die beigemengten Bakterien durch den Einfluss des Glycerins abgetötet, aber auch die Vaccineerreger in ihrer Virulenz geschädigt und in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse herabgesetzt. Soll daher der Impferfolg und insbesondere der Schnitterfolg mit solcher Lymphe nicht sehr gering ausfallen, so ist beim Gebrauch von Desinfektionsmitteln am Impfinstrument und am Kinderarme die gröfste Vorsicht geboten. Aufserdem erfordert die geringe Virulenz des Impfstoffs den Gebrauch stumpfer Instrumente, die etwa dreimal in der Länge der klaffend gehaltenen Impfwunde hin- und her bewegt werden müssen, während in den neuen Ausführungsbestimmungen ein einmaliges Einstreichen der Lymphe in die klaffend gehaltene Wunde als ausreichend erklärt wird. — In den „Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge" wird beim Entstehen einer starken Röte in der Umgebung der Pocken die Anwendung kalter Wasserumschläge empfohlen. Durch solche Umschläge wird aber die schützende Decke zerstört und das schnelle und gefahrlose Abheilen der Pocken unter dem Schorfe erschwert; zu dem wird durch die Umschläge häufig die Entstehung eiternder Stellen veranlafst, welche als Eingangspforten für die Erreger von Wundinfektionskrankheiten dienen können. — Die beiden Bestimmungen, dafs bei der Erstimpfung nur vier Schnitte angelegt werden sollen und die Entwickelung *einer* gut entwickelten Impfpocke als genügend anzusehen ist, stehen mit dem Zweck der Impfung, eine möglichst ausgiebige und möglichst lang andauernde Immunisierung zu erzielen, direkt in Widerspruch. Um eine solche Immunisierung zu erreichen, ist bei der Erstimpfung die Entwickelung von mindestens vier Schutzpocken notwendig, dazu müssen aber mehr als vier Impfschnitte angelegt werden. Zum wenigsten hätte man an der Mindestzahl von zwei Pocken festhalten

oder doch eine erneute Impfung der Einpockigen im Nachschautermin anordnen müssen.

In der Diskussion weist E. Fraenkel darauf hin, dafs die der Lymphe beigemengten Bakterien durchaus nicht als völlig harmlos und gleichgültig betrachtet werden dürfen; als idealer Impfstoff müsse eine von Bakterien völlig freie Lymphe erachtet werden. Dafs man aber in dieser Richtung auf anderem Wege als dem durch die neuen Verordnungen eingeschlagenen weiter kommen könne, beweise die von Landmann hergestellte und seiner Zeit von Merck in Darmstadt in den Handel gebrachte „keimfreie Lymphe", die sich in der That meist als steril und dabei doch als wirksam erwiesen habe. Die Möglichkeit, einen bakterienfreien und doch virulenten Impfstoff herzustellen, beweist auch, dafs alle Angaben über die Entdeckung eines zu den Bakterien gehörigen Vaccineerregers falsch sind. Der Erreger der Vaccine ist nach Fraenkels Überzeugung der Cytoryctes vaccinae, ein niederster tierischer Parasit, ein Zellschmarotzer, der von v. Wasielewski auch in der bakterienfreien Merckschen Lymphe nachgewiesen wurde. v. Wasielewski ist es auch geglückt, den Cytoryctes durch viele Generationen hin zu züchten und dann durch Übertragung bei Kindern und Kälbern wieder Vaccine zu erzeugen. *Göts-München.*

Die Pilger und die Vaccination. (*Brit. med. Journ.* 17. März 1900.) Dreihundertundsiebzig Pilger, welche unter Führung eines Bischofs von Marseille nach Rom reisen wollten, wurden bei ihrer Ankunft in Ventimiglia an der italienischen Grenze von den Behörden aufgefordert sich impfen zu lassen oder sich als pestkrank zu betrachten und einer Quarantäne zu unterwerfen. Da sie weder das eine noch das andere thun wollten, so kehrten sie nach Marseille zurück. Die Schuld an diesem Zwischenfall trifft mehr die Civilbehörden in Marseille, welche von den italienischen Beamten über die Intentionen derselben informiert worden waren, es jedoch unterlassen hatten die Information dem Bischof zu übermitteln. *C. Berliner-Aachen.*

Über Impfausschläge, von Jac. Sobel-New York. (*Med. News.* 11. Aug. 1900.) Wie die Einführung anderer heterogener Substanzen (Antitoxine, Arzneimittel) in den menschlichen Organismus gelegentlich vom Ausbruch einer Hautaffektion gefolgt ist, ebenso ist es mit der Kuh-Lymphe. Die nach der Impfung auftretenden Ausschläge, deren S. circa 80 beobachtete, sind durch ihre Vielseitigkeit charakterisiert, da sie alle Typen vom erythematösen bis zum bullösen und hämorrhagischen umfassen. Die Hauteruption trat im allgemeinen am 9. bis 14. Tag, am häufigsten am 10. bis 12. Tag nach der Impfung auf und zwar bei circa 14% der geimpften Kinder. Die gewöhnlichste Form des Ausschlags war Urticaria in ihren verschiedenen Typen, in mehreren Fällen kam ein ähnlicher Ausschlag wie bei den Masern vor: der plötzliche Beginn, das rasche Verschwinden des Ausschlags ohne Abschuppung (in 48 Stunden) sichern die Diagnose; schwerer ist schon die Unterscheidung von Röteln (drei Fälle). Die Bläschenausschläge traten stets etwas später, am 11.—15. Tage nach der Impfung auf, in manchen Fällen war blofs der Rumpf, in anderen die Extremitäten befallen, nur bei wenigen war die Eruption auf den geimpften Arm beschränkt, zuweilen glich sie auffallend den Varicellen: in sehr zweifelhaften Fällen gelang es, auch bei anderen Familiengliedern die Schafblattern nachzuweisen. Allgemein scharlachförmiges Exanthem wurde in vier Fällen beobachtet. Der rasche Ablauf in 24—48 Stunden ohne Abschuppung war wichtig —, ferner einfaches Erythema oder Roseola als leichte Form von Kongestion, welche in 24 Stunden verschwand. Von Erythema und Erythema multiforme, ebenso von pustulös-bullösem Ausschlag wurden einige wenige Fälle konstatiert, bei letzterem war die Verwechslung

mit Syphilis sehr nahe liegend. Vier Abbildungen zeigen die Haupttypen der erwähnten Hauteruptionen, die, wie S. noch erwähnt, auch gemischt vorkommen können: an demselben Patient Erythema und papulo-vesiculöser Ausschlag, scharlachförmiges Erythem und kleine Bläschen, Urticaria und Erythema multiforme. Schliefslich zählt S. eine Reihe von Folgekrankheiten der Schutzimpfung, welcher er beobachtete, auf: Adenitis axillaris (5), Erysipel (131), tiefe Ulcerationen (67), himbeerartige Wucherung (2) u. s. w. u. s. w. *Stern-München.*

Impetigo nach Schutzpockenimfung, von J. J. Harding-Ballincollig. (*Lancet.* 3. Nov. 1900.) Die Hautinfektion stand bei diesem Falle offenbar in gar keinem direkten Zusammenhang mit der Impfung, sondern war durch Unreinlichkeit der Leibwäsche herbeigeführt. Patient war als Rekrut gleichzeitig mit vier anderen Kameraden mit der gleichen Lymphe geimpft worden, und letztere zeigten durchaus keine Abnormität des Verlaufs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Vaccineerkrankung des Auges, von Laqueur. (*Klin. ther. Wochenschr.* 1900. No. 40.) Durch Ansteckung an dem geimpften Kinde zog sich ein Patient eine Vaccineerkrankung des Auges zu. Die Lider waren ödematös; am oberen Lidrand eine etwas erhabene, rundliche, weifse Stelle; in der Mitte der unteren Übergangsfalte in geröteter Schleimhaut eine rundliche, weifse Plaque; eine ähnliche am inneren Augenwinkel; starke Schwellung der Präaurikulardrüsen. Lidschwellung, Chemosis etc. nahmen noch zu, leichtes Fieber trat auf, auf der Bindehaut des Augapfels und auf der umgebenden äufseren Haut schossen charakteristische Pusteln auf. In dem Sekret wurden gefunden: Staphylococcus quadrigeminus (Czaplewski) und Corynebakterium lymphae vaccinalis (E. Levy und H. Fickler). — Unter Borwaschungen und Jodoformapplikation trat Heilung ohne Beteiligung der Cornea in 18 Tagen ein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vaccineinfektion an den Lippen, von Alfred Jungmann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 38.) Eine 30jährige Amme, die als Kind im ersten Lebensjahre Variola durchgemacht hat, welche zahlreiche Pockennarben im Gesicht zurückgelassen haben, infiziert sich von dem geimpften Kinde an den Lippen mit Vaccine. Die Pusteln gingen mit starker Schwellung der Lippen und einer Störung des Allgemeinbefindens einher. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Ursachen der Abschwächung der Kuhpockenlymphe in den heifsen Ländern und wie man derselben vorbeugen kann, von Hervieux. (*Bull. de l'Acad.* 1900. No. 8.) Zu den hauptsächlichsten Ursachen, welche zu einer Abschwächung oder selbst Vernichtung des Impfstoffes führen ist die feuchte Hitze zu rechnen; die trockene Hitze ist dagegen weniger schädlich. Auch gewisse Winde, die in einzelnen Regionen wehen, wie z. B. der Sirocco in Tunisien, vermögen die Virulenz des Impfstoffs abzuschwächen, Aufserdem mufs aber nicht vergessen werden, dafs dieselbe vom dritten Monate nach der lege artis vorgenommenen Bereitung und bei der besten Konservierung spontan abnimmt. Behufs möglichst langer Erhaltung der Glycerinpulpe mufs dieselbe in zugeschmolzenen Glasröhren versorgt und diese selbst in einer festen Umhüllung, zum Schutze vor den äufseren Temperatureinflüssen, aufbewahrt und auf Eis gelegt worden. Bei überseeischen Transporten genügt es auch, wenn die Kiste in eine konstant feucht gehaltene Kompresse gewickelt und an einem Platz im Luftzuge und im Schatten gehalten wird. Natürlich mufs der Impfstoff so frühzeitig wie möglich nach seiner Ankunft in den Kolonien benutzt werden. *C. Müller-Genf.*

Über das Altwerden der Glycerinimpfpulpe, von Boisson. (*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire.*) Nach den Erfahrungen des Verfassers behält die Impfpulpe während zwei Monaten einen ganz genügenden und befriedigenden Grad von Virulenz bei. Im zweiten Monate nimmt die Virulenz ab. Mit einer weniger als einen Monat alten Impfpulpe ist die Vaccineeruption schöner als mit einem mehr als einen Monat alten Stoffe. Ein Parallelismus zwischen der Anzahl assoziierter Staphylokokken und dem Virulensgrade einer Impfpulpe scheint nicht zu bestehen. Die Verwendung ganz frischer Impfpulpe ist vollständig gefahrlos in Bezug auf die Erzeugung von Lymphangitiden oder anderen Komplikationen. Es ist in jeder Beziehung empfehlenswert, sich eines frisch bereiteten Impfstoffs zu bedienen, der mit den nötigen aseptischen Kautelen gesammelt worden, nachdem das Operationsfeld des Rindes entsprechend gereinigt und während der Eruption gut geschützt worden war. *C. Müller-Genf.*

Über die Wirksamkeit der veralteten, mit Glycerin zubereiteten Impfpulpe, von Boisson. (*Lyon méd.* 1900. No. 29.) Nach den Untersuchungen des Verfassers behält die Impfpulpe während der ersten zwei Monate einen hinreichenden Grad von Virulenz bei, und zwar ist diese Virulenz im zweiten Monate geringer als im ersten, so daſs die Impfpusteln ein schöneres Aussehen im ersten als im zweiten Monate haben. Ein Parallelismus zwischen der Anzahl von assoziierten Staphylokokken und der Virulenz der Impfpulpe scheint nicht zu bestehen. Das Verwenden von ganz frischem Impfstoff kann ohne Gefahr von Erzeugung einer Lymphangitis oder anderer Komplikationen empfohlen werden. In jedem Falle ist es ratsam frisch zubereitete Lymphe zu gebrauchen, die in antiseptischer Weise einer während der ganzen Dauer der Pustelentwickelung geschützten Körperregion des Tieres entnommen wurde. Die Impfpulpe wird ausschlieſslich mit Glycerin ohne Zuckerzusatz zubereitet. An der Diskussion über diesen Gegenstand in der nationalen medizinischen Gesellschaft Lyons beteiligen sich: Delore, welcher die bei der Impfung von Neugeborenen häufig konstatierten Miſserfolge auf den Umstand zurückführt, daſs die rote, an dilatierten Kapillaren reiche Haut der Neugeborenen leicht Hämorrhagien veranlaſst, wobei das ausströmende Blut den Impfstoff wegspült. Er empfiehlt deshalb statt Skarifikationen einfache, vorsichtig ausgeführte Punktionen mit einer nicht allzu scharfen Lancette. Aubert und Marduel erklären sich die genannten negativen Impfresultate in der Weise, daſs das neugeborene Kind gewissermaſsen noch als Teil des mütterlichen Organismus zu betrachten ist, der ihn an seiner Immunität teilnehmen läſst.

C. Müller-Genf.

Zur Bakteriologie der Lymphe, von Czaplewski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 45.) Verfasser polemisiert in dem Artikel gegen eine Arbeit von Nakanishi, die sich mit einem von diesem in der Lymphe entdeckten neuen Bacillus variabilis lymphae vaccinalis und mit dem von Verfasser beschriebenen Staphylococcus quadrigeminus beschäftigt. Diesen will Verfasser nicht, wie Nakanishi behauptet, als das ätiologische Moment des Impfprozesses angesehen wissen. Den von Nakanishi beschriebenen Bacillus hat er ebenfalls vorher beschrieben; er fehlte in humanisierter Lymphe stets. Verfasser schlägt vor, ihn Corynethrix bovis zu nennen.

F. Hahn-Bremen.

Die Mikroorganismen des Vaccinematerials, von J. B. Buist-Edinburg. (*Lancet.* 17. Nov. 1900.) Verfasser berichtet in etwas feuilletonistischer Weise über seine Untersuchungen, welche er in Bezug auf diesen Gegenstand bereits vor 15 Jahren anstellte. Er erwähnt weiſse, gelbe, orangefarbene und braune Kulturen, die auf Agar-Gelatine und in Kochscher Nährgelatine wuchsen. Züchtungen mit Variolavirus ergaben nur weiſse nicht verflüssigende Kulturen. Nach Klein und Copeman sollen

allerdings derartige Kulturen von Saprophyten herrühren. Verfasser meint aber, daſs es gelingen werde, ein Normalnährmedium für Vaccine herzustellen und dieselbe rein zu züchten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachtrag zu meiner Arbeit „Bacillus variabilis lymphae vaccinalis, ein neuer, konstant in Vaccinepusteln vorkommender Bacillus", von K. NAKANISHI. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1900. No. 10—11.) Verfasser konstatiert, das der von ihm beschriebene Bacillus ein regelmäſsiger Bewohner der Haut des Menschen und der Rinder ist, und daher keine ätiologische Bedeutung für die Vaccine und Variola hat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den von NAKANISHI aus Vaccinepusteln gezüchteten neuen Bacillus, von MARTIN FISCHER. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1900. No. 17.) NAKANISHI hat bei 14 Fällen von Vaccine bei Kindern denselben Bacillus gezüchtet, den er für den Erreger hält. Verfasser hat denselben Bacillus in normaler ungeimpfter Kälberhaut gefunden und gezüchtet. Demselben kommt deshalb keine Beziehung zur Vaccine resp. Variola zu. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra in Neu-Süd-Wales, von J. A. THOMPSON. (*Brit. med. Journ.* 17. März 1900.) Am 1. Januar 1898 befanden sich im Little Bay-Lazarett 18 Personen. Im Laufe des Jahres wurden 9 interniert, jedoch nur 4 derselben als leprös befunden. Am 31. Dezember 1898 waren noch 14 Lepröse im Leprosorium verblieben, unter denen 8 Weiſse von europäischer Abstammung waren. Im ganzen betrug seit dem Jahre 1883 die Zahl der weiſsen Leprösen 18, die der chinesischen 33. Damit ist die Ansicht widerlegt, daſs die Lepra in Australien sich lediglich auf Chinesen beschränkt und in deren Neigung, Fische zu essen, ihre Ursache hat. Die Behandlung mit Serum nach CARRASQUILLA hat nicht den gewünschten und erwarteten Erfolg gehabt. *C. Berliner-Aachen.*

Das Aussätzigenasyl der Brüdergemeinde in Jerusalem. (Bericht vom Jahre 1899.) Ausführlicher Bericht des Anstaltsdirektors, welcher mitteilt, daſs sich in dem Asyl zur Zeit 43 Personen, und zwar 29 Männer und 14 Frauen, befinden, was gegen das vorige Jahr eine Zunahme von 6 Personen bedeutet. Da der pekuniäre Stand dieser segensreichen Einrichtung leider kein günstiger ist, so schlieſst sich dem Bericht eine Bitte um Liebesgaben an. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ursprung und Infektionsarten der Lepra, von P. A. MORROW-New York. (Trans. Am. Derm. Soc. Jahresversamml. 1900.) Ausführliche Darlegung unserer heutigen Kenntnisse in dieser Hinsicht ohne aber wesentlich neue Gesichtspunkte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Lepra betrachtet hinsichtlich der Kontagiosität und der Behandlung, von DOM LAUTON. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 36.) Wenn von vielen Seiten befürchtet wird, daſs die Lepra einerseits ausserordentlich kontagiös, andererseits unheilbar sei, sind das nach Ansicht des Verfassers zwei durch nichts gerechtfertigte Vorurteile. Die Kontagiosität der Lepra ist überhaupt noch nicht bewiesen, sicher aber ist sie ungleich geringer als die Kontagiosität der Tuberkulose, und um die Gefahr der Übertragung vollkommen zu beseitigen, ist es nur notwendig, die Regeln der Aseptik und Antiseptik zu beobachten und Desinfektionsmittel und Desinfektionsapparate zu ge-

brauchen. — Die Heilung der Lepra ist durchaus nicht abhängig von der bis jetzt noch nicht gelungenen Tötung des Leprabacillus im Menschen selbst. Wenn man den menschlichen Organismus zu einem für die Entwickelung des Leprabacillus und für die Produktion seiner Gifte ungünstigen Boden macht, so wird man dadurch die Lepra, wenn sie nicht schon zu weit vorgeschritten ist, zur Ausheilung bringen. Um das zu erreichen, ist in erster Linie Aufenthalt in gesundem Klima, gute, vernünftige Ernährung und peinlichste Reinlichkeit notwendig; aufserdem wird man durch Injektion von Kochsalzlösung den ganzen Organismus zu beleben und zu kräftigen und durch Injektionen von Sublimat-, Karbollösung u. dergl. die lebenden Gewebe zu sterilisieren versuchen. Die einzelnen Symptome sind nach den allgemein gültigen Regeln zu behandeln. Der oberste Grundsatz in der Therapie aber ist, dafs der Lepröse wie ein Kranker und nicht wie ein Paria behandelt werden soll.

Götz-München.

Über die histologische Veränderung des Muskelgewebes bei der Lepra und eine besondere Wucherung und Hyperchromatose der Muskelkerne (Beiträge zur pathologischen Anatomie des quergestreiften Muskels), von AKIRA FUJINAMI-Japan. (*Virch. Arch.* Bd. 161. Heft 1.) FUJINAMI hat die Muskulatur des von v. RECKLINGHAUSEN beschriebenen Falles (Referat vergl. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 30. No. 12. S. 598) genauer histologisch untersucht. Innerhalb der wohl erhaltenen Muskelprimitivbündel hat F. niemals Leprabacillen gesehen; nur in den stark körnig zerfallenen Muskelprimitivbündeln befinden sich ab und zu vereinzelte Leprabacillen. Das Hauptinteresse beansprucht die Veränderung der Kerne, welche die verschiedenartigsten Veränderungen erleiden. Die Details müssen im Original eingesehen werden. F. betrachtet die Veränderung des Muskelgewebes als weder direkt durch die Leprabacillen noch durch die Nervenfaserentartung bedingt; er sieht in ihr vielmehr eine Wirkung der von den leprösen Herden bedingten kollateralen Saftstromänderung auf das Muskelgewebe, d. i. eine direkte Störung seiner Ernährung, welche hauptsächlich an den Muskelkernen, teilweise auch an den Gefäfsendothelkernen und höchstwahrscheinlich auch an den Gefäfsendothelien selbst zum Ausdruck gelangt.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Über die Sekundärinfektionen der Leprakranken, von C. BRUTZER-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1899. No. 46.) An der Hand eines grofsen Materials bespricht B. die mannigfachen Sekundärinfektionen der Leprösen, wie sie ja häufig in Form von Hautgeschwüren (Verbrennung), Erysipel, Bronchitis, Pneumie, Phlegmonen u. s. w. vorkommen, da die Bedingungen für das Zustandekommen bei den Leprakranken äufserst günstig sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Periostitis bei Lepra, von DE LA CAMP. (Aus dem Neuen allgemeinen Krankenhause, Hamburg-Eppendorf. (*Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr.* 1900. Bd. 4. Heft 1.) Verfasser untersuchte mittelst Röntgenstrahlen Schien- und Wadenbeine eines an hochgradiger tuberöser und visceraler Lepra verstorbenen Patienten, um genauer die noch wenig erforschten leprösen Veränderungen an Knochen und Periost zu studieren. Die Tibia zeigt die bei Lebzeiten des Kranken schon konstatierten chronischen Verdickungen, welche als einziges Symptom stark ziehende Schmerzen in den Beinen, speziell den Unterschenkeln hatten. Die Corticalis hebt sich hier gar nicht von dem gewucherten Periost ab, während an der Fibula die Grenze zwischen Corticalis und periostalen Auflagerungen genau sich verfolgen läfst. Die Fibula zeigt also das Bild der akuten Periostitis, und Verfasser steht nicht an, das infektiöse Agens aus den von Leprabacillen wimmelnden, zahlreichen Lepromen, welche Blut- und Lymphbahnen eröffnen,

abzuleiten. Weitere Röntgenaufnahmen wurden etwa 1 Jahr nach der ersten an den präparierten Knochen vorgenommen; die bezüglichen Photographien (1 Tafel) geben ein deutliches Bild der Veränderungen, welche sowohl klinisch und ätiologisch, wie makro- und mikroskopisch an den einander naheliegenden Knochen (Tibia und Fibula) ganz verschieden sind. Differentialdiagnostisch konnten Lues, Tuberkulose, Aktinomykose und Rotz u. a. m. bei der Periostitis, welche sich in ihrem ganzen Verlaufe als rein lepröse darstellt, ausgeschlossen werden. Verfasser ist überzeugt, dafs er im Knochenmark der Fibula ebenso zahlreiche Leprabacillen wie in dem Eiter der Leprakranken und in der Nasenschleimhaut gefunden hätte, wenn diese Knochenteile in einem früheren Abschnitt der Krankheit zur Untersuchung gekommen wären. Schliefslich sei noch erwähnt, dafs eine therapeutische Röntgenbestrahlung, wie sie ja bei Lupus unter Umständen gute Erfolge giebt, bei Lepra ohne Einfluſs geblieben ist.

Stern-München.

Zur pathologischen Anatomie der Augenlepra, von E. Franke und E. Delbanco-Hamburg. (*Graefes Arch. f. Ophtalm.* 1900. L. 2.) Über lepröse Erkrankungen der Augen liegen bisher nur wenige Veröffentlichungen vor, denen die Verfasser eine neue hinzufügen. Neisser berichtete 1886 über lepröse Hautaffektionen und fand zwischen den Lamellen der Cornea freie Bacillen wie Bacillenhaufen. Poncat fand 1888 Leprakeime im Ciliarkörper und den Processus ciliares, sowie in der Iris. Meyer und Berger hatten vorher über einen Fall berichtet, in dem das klinische Bild sarkomatöse Entartung der Cornea vortäuschte, während das Infiltrat bei der histologischen Untersuchung Leprabacillen aufwies. Philippson fand solche in der Hornhaut, den vorderen Teilen der Lederhaut, dem Corpus ciliare, Iris, sowie vorderen Regionen der Netzhaut, Wintersteiner in der Sklera, dem Ciliargebiet und der Iris innerhalb zahlreicher Leprazellen, ebenso in der Chorioidea und Retina. Doutrelepont-Wolters sah Bacillen in den Schichten der quergeschnittenen Blutgefäfse, in der um die Hälfte verbreiterten Hornhaut, der Conjunctiva bulbi, der Sklera, dem Iris- und Ciliargebiet. Babes bestätigt Neissers Hornhautbefunde und die Wintersteiners für das Innere des Auges. In einem Fall von Jeanselme und Morax fanden sich kleine lepröse Infiltrationen im vordersten Gebiet der Cornea, direkt unter der Baumannschen Haut. In den Infiltraten zahlreiche Leprakeime. Auch das episklerale Gewebe war infiltriert, sowie die Sklera an der Stelle des Durchtritts der vorderen Ciliargefäfse, sehr stark ferner M. ciliaris und Irisbasis; ein einziger Herd in der Netzhaut an einem Endast der A. centr. retinae. Alle bis jetzt untersuchten Augen rühren bis auf einen Fall aus der allerneuesten Veröffentlichung von Lyder Borthen und Lies von Lepra tuberosa her. Die drei Augen der zwei Fälle der Verfasser stammen von Patienten mit Lepra maculo-anaesthetica. Es handelte sich um einen 16jährigen aus Honolulu stammenden Knaben und einen 42jährigen Kranken aus Brasilien, welche beide lange Zeit in Beobachtung bei Unna waren. Beide Patienten wiesen reine Nervenlepra auf. Bei dem Knaben war der Verlauf der Erscheinungen folgender: zuerst Flecken, dann subcutane Schwellungen und Knotenbildungen im Gesicht, an den Ohren, Händen und Füfsen. Rumpfhaut bis auf Pigmentflecke intakt. Später umfängliche Anaesthesien. Bald nach der Aufnahme in Unnas Klinik trat eine vom äufseren Rande freistehende interstitielle Färbung der Corneae auf. Kauterisation brachte mehrjährigen Stillstand dieses Prozesses mit Vernarbung. Die Augen blieben intakt bis zu dem infolge interkurrenter Lungentuberkulose erfolgten Tode. Von diesem Fall stand den Verfassern der eine Bulbus zur Verfügung. Der zweite Fall, welcher zwei Bulbi zur Untersuchung lieferte, betraf einen 42jährigen Patienten aus Brasilien. 1886 zuerst Flecken an Brust, Bauch, Extremitäten und Gesicht. Später schwere trophische Störungen der Hände und Füfse.

Daneben lepröse Larynxsymptome. 1886 will Patient auch sein Augenübel zuerst bemerkt haben, angeblich Rotwerden der Augen. Doch war eine ophthalmoskopische Untersuchung nicht im stande, Abnormes zu entdecken. Eine zweite im Jahre 1893 gab folgendes Bild. Rechts: Cornea trüb beziehentlich ganz weifs, leicht ektatisch. Conjunctiva bulbi injiziert. Augenhintergrund nicht sichtbar. Links: Ähnliche Verhältnisse, nur dafs der obere Hornhautabschnitt die Iris durchblicken läfst (Synechia posterior). Keine Knötchenbildung an beiden Augen. Links erfolgte später eine Iridektomie, bei der sich die exzidierte Partie der Regenbogenhaut als stark leprabacillenhaltig erwies. Die Cornealtrübung nahm dauernd zu. Das Auge des Knaben wurde in Formaldehyd fixiert und nach Entwässerung in Alkohol von steigender Konzentration gehärtet. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin-Karbolfuchsin, sowie nach VAN GIESON gefärbt. Nur die vorderen Augenabschnitte zeigten Veränderungen. Den stärksten Gehalt an Bacillen konnten die Verfasser im Corpus ciliare konstatieren. Die Muskelbündel des M. ciliaris sind durch ein Maschenwerk von Leprabacillen durchsetzt und auseinandergedrängt, in dem sich kleinzellige Infiltrate befinden. Die Pigmentzellen des Corpus ciliare weisen keine Bacillen auf. Das Maschenwerk entspricht wahrscheinlich erweiterten Lymphgefäfsen, deren Wandungen bacillenhaltig sind. Die Wurzel der Regenbogenhaut war ebenfalls an der Zellinfiltration etwas beseitigt. Hier liefsen sich auch einzelne Bacillen nachweisen. Zwischen die Lamellen der Cornea schiebt sich Granulationsgewebe, das von dem vorderen Abschnitt der Sklera stammt. Hier finden sich Bacillen einzeln und in Haufen liegend. Es besteht ferner Infiltration nur noch im vorderen Teil der Chorioidea, ohne dafs sich aber hier Keime finden lassen.

Die Augen des erwachsenen Leprakranken wurden sofort nach dem Tode in Formalin gebracht, entwässert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin gebettet und geschnitten. Sie zeigten folgende Bilder: Links Phthisis bulbi anterior. Hornhaut, soweit vorhanden, bräunlich-gelb. Zwischen ihr und der Linse die eigentliche Camera anterior einnehmendes Neubildungsgewebe, in dem Iris und Ciliarkörper verschmolzen waren. Linse verkleinert. Chorioidea und Retina in den vorderen Partien verdickt. Retina weiter rückwärts fast überall abgehoben. Sehnervenkopf und Umgebung wieder geschwollen. Die Cornea ist mit Zügen von Granulationsgewebe durchsetzt. BOWMANsche Haut verschwunden. Epithel stellenweise aufgequollen. Unter ihm und im Cornealsubstrat selbst viele neugebildete, relativ starke Gefäfse mit follikelähnlichen Haufen von Rand- und Spindelzellen in der Nähe. Überall einzelne Leprabacillen und Haufen von solchen, zum Teil bis dicht ans Epithel heran. Epithel der Sklera fast unverändert. Vorderer Teil der Lederhaut zeigt ebenfalls die erwähnten Zellzüge mit Bacillengehalt. Abnahme beider nach dem Augenäquator hin. Nach rückwärts zu schwinden schliefslich auch die vereinzelten Bacillen. Das erwähnte, der vorderen Kammer entsprechende neugebildete Gewebe ist ein Granulationsgewebe, dessen Zellgehalt nach der Linse zu schwächer wird. Zwischen ihm und dem Membrana Descemetii liegt eine halbmondförmige Schicht bei schwacher Vergrößerung homogen erscheinenden Gewebes, die stark mit sauren Farben (aufser Orcein) färbbar ist und gequollenes Bindegewebe zu sein scheint. Art der Veränderung nicht genauer bestimmbar. Zu beiden Seiten dieser Lage Reste der DESCEMETschen Haut, die in die Granulationsmasse mit herübergreifen. Auch an der Stelle der vorderen Linsenkapsel ist das Neubildungsgewebe in gewissem Umfang zellarm. Diese Partie entspricht nach dem mikroskopischen Bilde nach der ebenerwähnten lunulären Zone. Nach dem Corpus vitreum zu endigt die neugebildete Gewebszone mit zellarmen faserigen Streifen. Die Linse ist in toto verkleinert. Zwischen die vorderen Fasern schiebt sich ein an Riesenzellen reiches Gewebe hinein. Im leprösen Granulationsgewebe wurden solche

von den Verfassern nur ganz vereinzelt gefunden. Die Linsenkapsel ist überall mehr oder minder von der Linse selbst gelöst. Von Iris und Corpus ciliare ist in dem Neubildungsgewebe fast nichts mehr zu erkennen. Es ist aufser an den zellarmen Stellen reich an Leprabacillenherden. Einzelne Lymphgefäfse sind mit Bacillen förmlich ausgefüllt. (Lymphthromben) Endothelkränze oder einzelne Wandendothelien sind nicht nachweisbar. Die Suprachorioidea ist ums mehrfache verbreitert. Zwischen ihre Schichten hat sich ein nur wenig plastische Elemente haltendes Exsudat ergossen; Lymphhahnen erweitert. Schicht der grofsen Gefäfse und der Choriokapillaren atrophiert. Um und in den Quer- und Längsschnitten der die Suprachorioidea durchbohrenden Ciliarnerven findet sich reichliche Zellinfiltration mit Bacillen. Auch in den Nerven selbst sieht man vereinzelte oder zu mehreren zusammenliegende Bacillen. Im suprachorioidalen Gewebe fanden die Verfasser auch einige intracellulär gelagerte einzelne Bacillen, bisweilen sogar einen intracellulären Bacillenhaufen. Die Netzhaut ist im vorderen, der ödematösen Aderhaut anliegenden Teile stark verbreitert, bis aufs sechsfache der Norm, und zwar durch eine Hypertrophie der Müllerschen Stützfasern, welche die nervösen Elemente der Retina verdrängt hat. Die beiden Körnerschichten sind noch kenntlich. Die Retina zeigt infolge der Gewebszunahme Faltenbildung. Auch hier dieselben Bacillenbefunde. Weiter nach dem Augenäquator nehmen die pathologischen Verhältnisse der Retina ab. Die Stäbchenzapfenschicht ist verschwunden, die Körnerschichten gehen zum Teil ineinander über, die Nervenfaserschicht ist atrophisch, die Zahl der Ganglienzellen herabgesetzt. Um den Sehnervenkopf herum haben wir Hypertrophie des Stützgewebes und infolgedessen Verbreiterung der Netzhaut. Die nervösen Elemente sind verschwunden und haben einer starken Rundzelleninfiltration Platz gemacht. Keine Bacillen. Rechtes Auge: Phthisis anterior stärker wie am linken Auge. Die Gegend der Cornea zeigt dasselbe Gewebe wie die benachbarte Lederhaut und Ausbuchtungen nach innen. Die Linse fehlt total. An ihrer Stelle und an Stelle der Iris und des Ciliarkörpers Granulationsgewebe. Das mikroskopische Bild gleicht dem des anderen Auges. Der Entwickelungsgang der Infektion in den vorliegenden Fällen war wahrscheinlich vom Ciliarkörper aus nach der Hornhaut, Iriswurzel und Sklera und von da auf Chorioidea und Retina.

Hopf-Dresden.

Über die Anwendung des Giftes der Klapperschlange bei Lepra, von Marcoudes de Morera. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Um sich Prioritätsrechte zu wahren, veröffentlicht Verfasser das von ihm angegebene Verfahren der Behandlung Lepröser mit Klapperschlangengift, das im Innern Brasiliens häufig geübt zu werden scheint. Das Gift wird aus den Drüsen auf Watte ausgedrückt, mit Glycerin verdünnt und nun seine Giftigkeit an Hunden festgestellt. Die Anwendungsweise ist per os und subcutan. Die Erfolge sollen eklatant sein.

Über die Behandlung der Lepra durch das Gift der Klapperschlange, von L. Lewin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Verfasser steht diesen Heilungsversuchen sehr skeptisch gegenüber, für ihn kann jeder dem Organismus fremde Eiweifsstoff im stande sein, auf den irgendwie getöteten Eiweifsstoffwechsel zeitweilig ändernd einzuwirken. Hierzu ist keinerlei Spezifität erforderlich.

F. Hahn-Bremen.

b. *Tuberkulose.*

Lupus, von M. Wolters. (Draschers *Bibl. d. ges. med. Wissensch.*) W. giebt in dem umfassenden Referat einen Überblick über die verschiedenen Formen, unter denen der Lupus in Erscheinung tritt; er weist darauf hin, wie je nach der Lokali-

sation der Lupus meist bestimmte Formen annimmt, so erscheint er an der Lippe hypertrophisch, an der Ohrmuschel exulceriert, an den Extremitäten führe er oft zu elephantiastischer Verdickung, an der Nase ist das oft zu beobachtende (meist primäre) Miterkranken der Nasenschleimhaut zu beachten; die Tuberculosis verrucosa fügt Verfasser wieder in den Rahmen des Lupus ein. Es folgen dann Bemerkungen über Prognose, pathologische Anatomie und Therapie. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von Lupus vulgaris, der mit dem besten Erfolge mit der Radiotherapie nach der Methode von Finsen behandelt wurde, berichtet Pellizari, der den Fall in der medizinisch-physikalischen Akademie von Florenz vorstellte. Um die Wirkung der Wärmestrahlen möglichst abzuschwächen, wurde eine Schicht violetter Flüssigkeit zwischen die Lichtquelle und die erkrankte Partie eingeschoben. Die lupösen Infiltrate, welche am Nasenflügel und der Oberlippe saßen, wurden nach einer Behandlung von einem Monate resorbiert. Die zwei oder drei zurückgebliebenen Knötchen konnten dann leicht operativ entfernt werden. (*Rivista critica.* 1900. No. 29.)

C. Müller-Genf.

Fall von Tuberkulose in Brandwunden, von Ivar Bagge. (*Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr.* 1900. Bd. 3. Heft 6.) Ein 47jähriger Fuhrmann ohne tuberkulöse Heredität verbrannte sich im Alter von 30 Jahren die vordere und hintere Seite der linken Hälfte des Brustkastens mit kochendem Wasser. Er versuchte die Brandwunden ohne ärztliche Hülfe zu heilen und verkehrte während dieser Zeit viel in einer Familie, in der Mann und Frau an Lungentuberkulose litten. Der größte Teil der Wunde heilte mit Narbenbildung, nur zwei Stellen, die mit Granulationen und Krusten bedeckt wurden, heilten nie vollständig, öffneten sich von Zeit zu Zeit wieder, suppurierten und breiteten sich aus. 1899 verschlimmerten sie sich derart, daß Patient ins Krankenhaus aufgenommen werden mußte. Er infizierte sich durch Kratzen mit dem Finger an der Wunde und Herumfahren mit demselben Finger im Gesicht ebendort, bekam eine Ulceration der Nase, Knötchen an Oberlippe und Wange (Lupus). Verfasser heilte die Wunden des Patienten auf Brust und Rücken mittelst Röntgenstrahlen nach drei Wochen. *I. Bloch-Berlin.*

Tuberkulose der Haut, von M. Wolters. (Draschers *Bibl. d. ges. med. Wissensch.*) Seitdem man in der Erkenntnis der Kriterien, welche für die tuberkulöse Natur einer Hauterkrankung maßgebend sind, so bedeutende Fortschritte gemacht hat, ist eine große Reihe von Hautaffektionen unter die Tuberkulose eingereiht worden, so daß man mit Doutrelepont wohl sagen kann, daß wir mit unseren Kenntnissen doch erst am Anfange des Errungenen stehen. Wolters versucht die einzelnen Formen der Hauttuberkulose zu charakterisieren; ausgehend von der alten Einteilung in Lupus, Scrofuloderma und eigentlicher Hauttuberkulose werden die weiterhin als tuberkulös erkannten Formen geschildert, Lichen scrofulosorum, Folliculitis, Acnitis, Leichentuberkel etc. Zu bemerken ist dabei, daß man oft an demselben Patienten Übergangsformen der verschiedenen Hauttuberkulosen bemerken kann. Gegen die Bezeichnung „Lupus der Schleimhaut" macht W. Front, nach seiner Ansicht kommt ein eigentlicher Lupus an der Schleimhaut nicht vor. Einen großen Teil des Aufsatzes füllt die Besprechung der Therapie aus; diese ist entsprechend der Mannigfaltigkeit der Formen und der Lokalisation eine sehr reichhaltige und verschiedenartige und läßt sich unterscheiden als chirurgische und medikamentöse; eingehend werden die verschiedenen Methoden gewürdigt, deren Wirkungen zu studieren W. bei einem reichhaltigen Material genügende Gelegenheit hatte. Den Schluß bildet die Besprechung der neuesten Methoden, des Finsenlichts und der Röntgenstrahlen.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Erythema induratum scrophulorum, von David S. Doughty-Dalston. (*Scott. Journ.* 1900. No. 3.) Verfasser berichtet über einen Fall von Erythema induratum beider, besonders des linken Unterschenkels bei einem 20jährigen Mädchen mit positiv sicherer Lungentuberkulose. Die Affektion bestand in meist dunkelvioletten Knoten, deren Zentrum teilweise exulceriert war und absonderte. Sie war unter febrilen Erscheinungen und Empfindungen im ganzen Körper, besonders aber in den Unterschenkeln (Waden) aufgetreten. Salicyl- und Jodkaliumdarreichung blieben ohne Erfolg. Verfasser stellte die von Norman Walker auf Einsendung der Photogramme hin bestätigte Diagnose Erythema induratum scrofulosorum. (Es wäre interessant gewesen, histologisch und bakteriologisch Näheres über die Art der Eruption zu hören. D. Ref.) *Hopf-Dresden.*

Scrofuloderma, von M. Wolters. (Drasches *Bibl. d. ges. med. Wissensch.*) Verfasser bezeichnet mit Jadassohn den erweichenden Knoten in der Subcutis als Primäreffloreszenz des Scrofuloderma, als Tuberculosis cutis colliquativa. Er will dann unterschieden wissen (nach Doutrelepont) zwischen primären und sekundären Scrofulodermen. Während man bei ersteren den Infektionsweg oft nicht mit Sicherheit angeben kann, gehen letztere von tiefergelegenen tuberkulös erkrankten Organen (Knochen, Drüsen etc.) aus dadurch, dafs der Prozefs auf die Subcutis übergreift. Endlich werden kurz Prognose und Verlauf besprochen. *F. Hahn-Bremen.*

Die Exstirpation des Lupus. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 30.) In der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Brabants kommt Asselbergs auf die unter anderen von Morelle empfohlene Methode (Exstirpation der lupösen Gewebe) zu reden, deren Indikation er etwas einschränken möchte. Nach seiner Ansicht kann der Exstirpation der Vorzug gegeben werden in Fällen von wenig ausgedehntem Lupus, sie wird aber vollständig unausführbar bei grofser Ausbreitung der Erkrankung oder bei Vorhandensein multipler Herde. Bei selbst ausgedehnten Herden an den Extremitäten, wo die Narben weniger in Frage kommen, ist dagegen die Exstirpation ganz indiziert. Im Gesichte steht sie aus diesem Grunde den anderen Methoden nach. Gegen Rezidive liefert die Exstirpation keine sicheren Garantien. In vielen Fällen läfst sich übrigens der Lupus nicht auf Inokulationen von aufsen her zurückführen, sondern er ist eine Teilerscheinung der bacillären Infektion, bei der der Bacillus auf dem Blutwege nach der Haut geschwemmt wird. Andererseits kann eine lokale Inokulation, wenn sie nicht rasch in ihrer Ausbreitung gehemmt wird, zu einer sekundären allgemeinen Infektion führen und dann später zu Rezidiven auf dem Wege der Cirkulation. *C. Müller-Genf.*

Ergebnisse der chirurgisch-plastischen, sowie anderer Methoden der aktuellen Lupustherapie, von G. Nobl-Wien. (*Centralbl. f. ges. Therap.* 1900. No. 4/8.) In der vorliegenden interessanten Arbeit giebt der bekannte Schüler Langs seine Erfahrungen über die Behandlung der fressenden Flechte wieder, deren Heilung bis vor kurzem zu den seltensten Fällen gehörte und auch heute noch zu den schwierigsten Aufgaben in der Dermatologie zählt. Im Anfang giebt Nobl eine klare Übersicht über die bisher üblichen therapeutischen Methoden gegen den Lupus, um zum Schlufs seine Resultate mit der weitgehenden Exstirpation und Transplantation der erkrankten Partien nach Thiersch-Krause anzuführen. Eduard Lang gebührt das Verdienst, dieses Radikalverfahren in der heutigen Medizin eingebürgert zu haben. Dieser verfügt über ein Material von 74 einschlägigen Fällen. Seitdem wurden neben einzelnen nach Lang operierten Lupusfällen nur zwei gröfsere Beobachtungsreihen veröffentlicht, nämlich 17 Fälle aus der Neisserschen Klinik durch Buschke und 20 Fälle

von Tavastsjerna (operiert von Schulten). Nobl, der seit 1892 im ganzen 30 Lupuskranke radikal operiert hat, verfügt über 20 genau und lange genug beobachtete einschlägige Fälle, über welche er in vorliegender Arbeit berichtet. In fünf Fällen liegt die Operation 1 Jahr, in drei $1^1/_2$ bis 2 Jahre, in zweien $2^3/_4$ beziehentlich 4 Jahre zurück. Die anderen Fälle, erst im Verlauf des heurigen Jahres operiert, kommen als Beweis für Dauerheilung nicht in Betracht. Nobl beobachtete unter obengenannten 10 Fällen 8 Heilungen. In einem Fall zeigte sich $^3/_4$ Jahr nach der Operation eine neue Lupuseruption, ausgehend von inzwischen herausgekommenen Halslymphomen, in einem zweiten ein randständig unentwickelter residivierender Prozefs, der aus einzelnen Knoten bestehend, erst 2 Jahre nach der Operation in Erscheinung getreten war. Die Entfernung des Lupusherdes hat immer eine $^1/_2$—1 cm breite, scheinbar gesunde Randzone mit einzubegreifen. Eventuell längs der Kapillargefäfse tiefer gedrungene lupöse Infektionsnester atrophieren wahrscheinlich durch den Druck der harten Narben. Latente tuberkulöse lymphatische Gebilde dagegen geben zu Rezidiven sicher Anlafs. Infizierte Drüsen verwachsen mit der Plastik und verursachen einen neuen lupösen Schub per continuitatem. Meist genügt es, was den Tiefgang des Messers betrifft, die kranken Bezirke bis zur subcutanen Fettschicht (es handelt sich um Gesichtslupus) abzulösen. Bei Extremitätenlupus bis auf Muskelfasern und Sehnenscheiden zur Erkennung latenter Prozesse das Tuberkulin, selbst TR zu Rate zu ziehen, verwirft Nobl wegen der Gefährlichkeit des Hülfsmittels. Keine Desinfektion des operierten und zur Überhäutung bestimmten Wundflächen! Sorgfältigste Reinigung des Ersatzmaterials. Für die Bereitung Krausescher Lappen bieten die Beugeflächen des Oberarms die günstigsten Bedingungen. Bei der Operation benutzt Verfasser neuerdings statt des Schleichschen Verfahrens 3—5%ige Cocaineinspritzungen. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit konzentrierten Lichtstrahlen, von Niels R. Finsen-Kopenhagen. (Paris 1900.) Bei Gelegenheit des Pariser Kongresses stellte F. 15 seiner auf diese Weise behandelten Patienten vor und berichtete über die im allgemeinen erzielten Resultate und die Technik des Verfahrens. Dasselbe besteht bekanntlich darin, dafs die erkrankten Teile in den Brennpunkt einer das elektrische Licht resp. Sonnenstrahlen sammelnden Linse gebracht werden und dieser Einwirkung täglich ein- oder zweimal während $1^1/_4$ Stunde ausgesetzt werden. Um die Gefahr einer Verbrennung zu vermeiden, wird das Licht durch destilliertes Wasser hindurchgeführt, und das Krankheitsgebiet wird durch Hohlgläser, durch welche kaltes Wasser konstant zirkuliert, komprimiert und blutleer erhalten. Nach gewöhnlich 6—8 Tagen tritt Rötung und Bläschenbildung ein, was aber bald wieder vergeht, worauf die zweite Bestrahlung erfolgt, die fast immer unentbehrlich ist. Als einzige Nachteile der Methode giebt F. zu, dafs sie kostspielig ist und der Erfolg langsam (durchschnittlich nach 6monatlicher Behandlung) eintritt; dagegen ist sie völlig schmerzlos, äufserst konservativ und wirksam. Seit 1895 sind im Kopenhagener Institut 553 Fälle in Behandlung genommen; 19 sind gestorben, fast alle an Lungentuberkulose; 10 haben die Anstalt verlassen wegen schwerer anderweitiger Erkrankung; 32 haben aus pekuniären Gründen oder wegen Mifserfolgs ihren Besuch eingestellt, während 362 als erfolgreich zu betrachten sind. Unter den vorgestellten Patienten befand sich auch der erste auf diese Weise behandelte Fall, der nunmehr seit $4^1/_4$ Jahren rezidivfrei geblieben ist. Von anderen Infektionen sind auch Lupus erythematosus, Alopecia areata, Epithelioma cutaneum, Acne vulgaris, Rosacea und Naevus vascularis planus teilweise mit Heilerfolg behandelt worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48) demonstrierte GROUVEN **zwei mit Röntgenstrahlen behandelte Lupuskranke**, an denen die erhebliche Rückbildung der vorhandenen Drüsenschwellung auffallend war; ohne dafs weitere örtliche Behandlung hinzutrat, schrumpften die Drüsen bis auf den vierten Teil ihres Volumens. In der Bonner Klinik versucht man, um Zeit zu sparen, die Behandlung in der Weise vorzunehmen, dafs man mehrere Röhren zugleich einschaltet. Verfasser meint, dafs bei dieser Behandlungsweise vielleicht die Dermatitiden etwas zugenommen haben. Um die nicht erkrankten Hautstellen besser zu schützen, werden die Masken nicht mehr aus Pappe und Stanniol, sondern aus noch biegsamerem und schneidbarem Zinnblech hergestellt. Verfasser konstatiert ferner guten Einfluſs der Röntgenbestrahlung auf Psoriasis. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Behandlung des Lupus mittelst heifser Luft nach HOLLAENDER; über einen handlichen Apparat dazu, von WERTHER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Da Verfasser mit dem von HOLLAENDER angegebenen Apparate nicht die gewünschte Hitze von 300°, die zur Erzeugung eines guten Resultates nötig ist, erzielen konnte, so konstruierte er selbst einen Apparat, der ihm gute Resultate gab. Sein Apparat ist ein gewöhnlicher Paquelin, über dessen Glühkörper ein Metallmantel als Ofen nach dem von HOLLAENDER angegebenen Modelle gestülpt ist; das Gebläse des Paquelin ist mit beiden zuführenden Schläuchen verbunden.

F. Hahn-Bremen.

Verschiedenes.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Der VII. Kongreſs der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wird am 28., 29. und 30. Mai (Dienstag, Mittwoch und Donnerstag nach Pfingsten) in Breslau abgehalten, wozu im Namen des Lokal-Komitees vom Unterzeichneten eingeladen wird.

Der Schwerpunkt des Kongresses wird auf Demonstrationen von Kranken gelegt werden. Die ersten zwei Vormittage sind hierfür reserviert. Von 1/2 9 Uhr an werden die Kranken zur Untersuchung bereit sein. Um 1/2 10 Uhr beginnt die Demonstration und Besprechung im Beisein der Patienten.

Am zweiten Nachmittage soll eine Sciopticon-Demonstrations-Sitzung mikroskopischer Präparate vorgenommen werden.

Als Hauptthemata sind in Aussicht genommen und zwar für den ersten Nachmittag und den dritten Vormittag:

I. Eine Diskussion über die Beziehungen von Hautaffektionen zur Verteilung der Nerven an der Hautoberfläche, insbesondere zu der durch eine Reihe neuerer Arbeiten in den Vordergrund gerückten spinalen Metamerie.

Der Diskussion soll zu Grunde gelegt werden eine Sammlung besonders instruktiver Fälle, zu der die Mitglieder der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft hiermit eingeladen werden.

II. Referate.

1. über Röntgen-Therapie (Dr. SCHIFF-Wien),
2. über FINSEN-Therapie (Prof. FINSEN),

3. über die Verwendbarkeit hochgespannter Ströme für die Therapie (Tesla, Arsonval etc.) (Dr. Freund-Wien).

Diese Referate werden nach Möglichkeit durch Demostrationen von Kranken, Moulagen, Apparaten etc. ergänzt werden.

Eine Ausstellung aller gebräuchlichen Medikamente, Apparate etc. findet nicht statt, dagegen soll eine möglichst umfassende Sammlung aller derartigen Gegenstände neueren Datums, etwa aus den letzten zwei Jahren, ausgelegt werden. Kollege Löwenhardt hat es übernommen, darüber einen kürzeren Bericht zu erstatten. Im Anschluſs daran können Demonstrationen von Apparaten etc. auch seitens der Mitglieder stattfinden.

Es wird daher schon jetzt gebeten, Vorträge und Mitteilungen anzumelden und Manuskripte bis spätestens 1. April einzusenden. Diejenigen Vorträge, welche nicht schon vorher den Mitgliedern gedruckt mitgeteilt werden können, kommen nur dann zur Verhandlung, wenn nach Erledigung der Demonstrationen, der Referate und gedruckt vorliegenden Vorträge Zeit frei bleibt.

Sämmtliche Sitzungen finden in den Räumen der Königlichen Hautklinik statt und zwar von 9½—12½ und 1½—4 Uhr. Für das Frühstück wird in der Klinik gesorgt werden. *A. Neisser.*

Die Ausnahmebestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes für Geschlechtskranke, von O. Mugdan. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 51.) M. plädiert warm dafür, daſs die Paragraphen des Krankenversicherungsgesetzes, wonach „die Versicherten, welche sich eine Krankheit durch geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu erhalten haben", völlig gestrichen, d. h. die Geschlechtskranken mit den anderen völlig gleich gestellt werden. Referent kann sich den Schlufsfolgerungen Mugdans nicht ohne weiteres anschlieſsen, denn zu welch exorbitanten Ausgaben käme z. B. die von M. citierte Ortskrankenkasse der Gastwirte in Berlin (ebenso wie die in München!), wenn sie allen Geschlechtskranken — 30% aller Berliner Kellnerinnen sollen syphilitisch sein — bis zur völligen Heilung Krankengeld gewähren würden, zumal eine beispiellose Ausnützung von Seite der Versicherten, deren Hauptberuf oft garnicht der der Kellnerin ist, Platz greifen würde. Es kann also gar keinen anderen Weg, wie den bei uns hier eingeschlagenen, geben: Krankenhauszwang oder Verzicht auf das Krankengeld; allerdings müſste der Aufenthalt in den Krankenhäusern ein erträglicher und keiner Strafanstalt ähnlicher werden. Dazu kommt, daſs in vielen Fällen auch eine ambulante Behandlung möglich ist und die Patienten ihren Beruf dabei weiter ausüben können. Eine Änderung wie die vom Vortragenden gewünschte, würde also noch gröſsere Unzuträglichkeiten herbeiführen als dies leider mit dem bisherigen Modus der Fall ist, wo eben die Hauptgefahr die der mangelhaften Behandlung und Weiterübertragung der Geschlechtskrankheit ist. Wie Blaschko und Lesser anderen Ortes ausführen, kann dem durch geeignete Belehrung des Publikums und bessere Ausbildung der Ärzte in den Spezialdisciplinen, zum Teile wenigstens, abgeholfen werden. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 7. 1. April 1901.

Beitrag zur Radiotherapie der Sykosis hyphogenes.

Von

Dr. Hugo Zechmeister,
Kaiserl. u. königl. Fregattenarzt.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Wohl eine der lästigsten Hautaffektionen stellt, nicht so sehr durch die Schwere der Krankheit im allgemeinen, als durch ihre vorwiegende Lokalisation im Gesichte und durch die hierdurch erzeugte Entstellung, die vulgo als Bartfinne bezeichnete Erkrankung dar, die aber ausserdem durch die subjektiven Beschwerden, welche mit dem Leiden verbunden sind, dem damit Behafteten überaus unangenehm wird.

Es wurden daher seit jeher gegen dieselbe unzählige Heilmethoden angewendet, welche bei der verschiedenen Ätiologie des Leidens sich teils bewährten, teils aber nur vorübergehende Erfolge erzielten, so dafs das Leiden, nach anscheinender kurzer Heilung bald wieder zurückkehrte, um schliefslich in schwereren Fällen allen noch so energischen Heilverfahren zu trotzen.

Den Gegenstand meiner gegenwärtigen Abhandlung bildet die durch die Trichophytie erzeugte Sykosis hyphogenes, und sei es mir vorerst gestattet, zur genaueren Feststellung des einzuschlagenden Heilverfahrens, die pathologisch-anatomischen Verhältnisse mit einigen Worten zu erwähnen.

Die Sykosis ist eine durch Trichophyten verschiedener Art erzeugte Entzündung der Haarfollikel und des perifollikulären Gewebes, welche an dichtbehaarten und mit dicken Haaren bewachsenen Hautpartien vorkommt; sie lokalisiert sich daher hauptsächlich im Gesichte, am mons veneris, in den Achselhöhlen, Augenbrauen, Augenlidern, am Nacken etc.

Die Form der Sykosis ändert sich stark, je nach der Art des Haarwuchses und entstehen dort, wo die Haare schütter stehen, und dabei dünn sind, also mehr Lanugohaare praevalieren, kleine nicht zu Infiltraten konfluierende Pustelchen, Folliculitiden, wie sie sich bei nicht allzudichtem Haarwuchse bei Sykosis des Gesichtes in dem von dünnen Haaren bewachsenen mittleren Teile der Backen vorfinden, während in den über

den Kieferknochen befindlichen Hautpartien, wo mächtige und markhaltige Barthaare bis ins subcutane Zellgewebe, ja manchesmal sogar zwischen die Fasern der mimischen Muskeln reichen, es in Folge des durch die Parasiten erzeugten Reizes, zur Bildung von knotigen Hautinfiltrationen kommt. Durch perifolliculäre Ausbreitung der Mycelfäden kann es bei langer Dauer der Erkrankung sogar zur Bildung von hartem kallösen Gewebe kommen. Durch das entzündliche Exsudat wird den schon vorher accidentell in den Follikelmündungen vorhanden gewesenen Eitererregern der ihren Lebensbedingungen entsprechende Nährboden geschaffen (Behrend), und daher finden wir, dafs, während einzelne Knoten induriert bleiben und lange Zeit bis zu ihrer teilweisen Rückbildung persistieren, der grössere Teil derselben, sich selbst überlassen, durch partielle oder komplete eiterige Einschmelzung nach spontanem Ausfall der erkrankten Haare, unter Narbenbildung von selbst heilt.

Durch die Untersuchungen Karl Ullmanns wissen wir, dafs das Trichophyton in die Haarfollikel einwandert, sich zwischen Haar und der inneren Wurzelscheide vermehrt, dann in die letztere sowie in die Haarsubstanz selbst eindringt, um schliesslich in die den Follikeln am nächsten gelegenen Bindegewebsschichten hinein zu wachsen. Hierdurch entstehen ausgebreitetere subcutane Eiteransammlungen, die jeder bisher geübten Therapie lange Zeit trotzen können, um nach erfolgter scheinbarer Heilung in kurzer Zeit wieder zu recidivieren.

Die bisher allgemein üblich gewesene Therapie besteht in Epilation der Haare der erkrankten Hautpartien und Eröffnung der Pusteln und Eiterherde mit dem Spitzbisturi und nachfolgender Behandlung mit Quecksilberpflastermull, 4% Karbolöl, Umschlägen mit Borlösung, Einpinselung einer 1% Sublimatlösung, Waschung mit Naphtolschwefelalkoholseife, Acid. acet. mit nachfolgendem Aufstreuen von Lac. sulfur., Einreibungen einer Schwefel-, Wilkinson-, Terpentin-, weissen Praecipitat-, oder Ichthyolsalbe etc.

Doch bei all diesen Behandlungsmethoden ist, wie wir es bei den bestehenden pathologischen Veränderungen natürlich finden, eine gründliche Heilung nur bei leichten Fällen möglich, dieselbe mufs in der Regel lange angewendet werden (1—3 Monate), ist daher, da der Kranke hierbei verbunden werden mufs, für denselben höchst lästig, und nach erfolgter Heilung sind Recidive ungemein häufig. Dabei ist das Epilieren auch weder für den Arzt, noch für den Patienten eine angenehme Beschäftigung. Die persistierenden Knoten müfsen skarifiziert werden, bei schwammigen Wucherungen hingegen können wir das Ausschaben mit dem scharfen Löffel nicht unterlassen, lauter Eingriffe, die selbst von minder wehe-leidigen Patienten ungemein empfunden werden.

Es war daher ein grofser Fortschritt in der Therapie, sowohl der

Sykosis vulgaris als auch hyphogenes, als S. Ehrmann im Anfange des vergangenen Deceniums die kataphoretische Behandlung einführte. Dieselbe besteht darin, dafs Glocken von verschiedener Form und Grösse aus Hartgummi an einem leitenden Griff angeschraubt werden. Der Rand der Glocken ist mit einem abnehmbaren Gummiwulst versehen. Am Grunde der Glocke befindet sich eine amalgamierte Zinkplatte als Elektrode. Das Cavum der Glocke wird mit entfetteter Baumwolle locker ausgefüllt, eine 10 % Ichthyollösung eingegossen, hierauf die Glocke mittelst eines fixierbaren Gummibandes auf die zu behandelnde Hautpartie als Anode aufgedrückt, und der Patient angewiesen, dieselbe mit der Hand auf die Haut leicht anzudrücken, damit sie sich dort nicht verschiebe. Die Kathode wird als feuchte Elektrode an den Arm angeschnallt.

Die Erfolge sind bei der kataphoretischen Behandlung im allgemeinen recht günstige, doch kann dieselbe allein nur in den leichteren Fällen angewendet werden. Ehrmann selbst schreibt: „Ich mache jedoch aufmerksam, dafs die kataphoretische Behandlung nur dann von Erfolg begleitet ist, wenn der Prozefs blofs in den Follikeln und den dazugehörigen Hautschichten sitzt, weil der elektrische Strom nur in den kapillären Räumen fortschreiten kann; haben sich jedoch grössere Hohlräume gebildet, die in der tiefen Lage der Cutis oder Subcutis gelegen sind, dann hat die chirurgische Behandlung platzzugreifen und zwar in Form tiefergreifender Incisionen, nicht oberflächlicher Skarifikationen. Wenige, aber tiefe Schnitte sind besser, als viele und oberflächliche, man kann unter Umständen auch genötigt werden 1 cm weit in die Tiefe zu gehen."

Da aufserdem bei der Sykosis hyphogenes die Mycelfäden in die den Follikeln am nächsten gelegenen Bindegewebsschichten hineinwuchern können, ist es naheliegend, dafs bei der kataphoretischen Behandlung nicht immer alle parasitären Gebilde endodermatisch vernichtet werden können.

Alle diese Übelstände werden durch die von L. Freund, im Jahre 1897 in der *Wiener medic. Wochenschrift* empfohlene Radiotherapie der Sykosis beseitigt. Schon im Jahre 1896, also kaum ein Jahr nach der allgemeineren Verwendung der Röntgenstrahlen, wurden bei Individuen, die sich zu Demonstrationszwecken einzelne Teile ihres Körpers, speziell die Hände, oftmals täglich einige Zeit hindurch durchleuchten liefsen, erythemartige Entzündungen (Erythème radiographique des mains), sowie bei einigen diagnostischen Durchleuchtungen des Kopfes, Haarausfall an demselben beobachtet.

Diese Wirkung wird durch die chemotaktische Eigenschaft der Röntgenstrahlen, welche ultraviolette Strahlen allerkleinster Wellenlänge sind, hervorgerufen. Durch dieselben werden Veränderungen und Um-

setzungen in der Haut zu Stande gebracht, welche sich, gleich der Isolation, in Rötung und Entzündung, Schmerzhaftigkeit und seröser Durchfeuchtung der Haut, welche in stürmisch verlaufenden Fällen sich bis zur Blasenbildung steigern kann, sowie endlich, nach Rückgang der entzündlichen Erscheinungen, in Desquamation der Epidermis äufsern. Wiederholt sich die Entzündung, so tritt, häufig auch ohne dafs es noch zu einer solchen gekommen wäre, spontaner Haarausfall auf.

Bei den Bestrahlungen ist aber grosse Vorsicht von nöten, denn bei zu intensiver oder zu langer Behandlung der Haut mit X-Strahlen können so hochgradige Veränderungen in derselben erzeugt werden, dafs selbst Hautgangrän sich einstellen kann. Wir müssen berücksichtigen, dafs die Schwere der Hautveränderungen von der Menge und Qualität des Röntgenlichtes, von der Entfernung der Haut von der Vacuumröhre, als auch schliefslich von der Häufigkeit und Dauer der einzelnen Bestrahlungen abhängt. Je näher die bestrahlte Fläche dem Focus und je stärker der Lichtinsult ist, desto intensiver werden die Entzündungserscheinungen der Haut sein. Zum Schlufse ist es von grofser Wichtigkeit, welche Arten von Röhren verwendet werden. Für unsere Zwecke ist es am vorteilhaftesten, mit mäfsig harten Röhren zu arbeiten. Anfänglich wird es gut sein die Sitzungen kurz zu halten, und die zu bestrahlenden Hautpartien nicht allzu nahe an das Röntgenrohr zu bringen, sondern erst die Reaktionsfähigkeit der Haut des betreffenden Individuums, die bei einzelnen Individuen grofsen Differenzen unterzogen ist, auszuprobieren. Auch reagiert eine bereits erkrankte Haut rascher als eine noch vollkommen gesunde.

Diese physiologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen müfsen wir bei Verwendung derselben für dermatologische Zwecke vor Augen halten, wenn wir nicht unerwünschte Komplikationen haben wollen.

Da FREUND von der Anschauung ausging, dafs bei der Entzündung im Follikel das tote Haar wie ein Fremdkörper wirke, daher auch dessen Entfernung durch Epilation seit jeher allgemein geübt wurde, wendete er im Institute für Radiotherapie und Radiographie des Dozenten E. SCHIFF als erster die Röntgenstrahlen zur Epilation der Haare bei Sykosis an. In der That hörte nach Entfernung der Haare die Eruption neuer Pusteln mit einem Schlage auf. Aber auch schon vor dem Effluvium traten merkwürdige Veränderungen bei dem Patienten auf: die akuten Entzündungserscheinungen liefsen wesentlich nach, die Infiltrate im Bereiche der affizierten Partien im Gesichte flachten ab und verschwanden, und die subjektiven Beschwerden liefsen bereits nach den ersten Sitzungen nach. Über ähnlich günstige Resultate konnten auch GASSMANN und SCHENKEL berichten.

Diese befriedigenden Erfolge werden uns nicht wundern, wenn man

bedenkt, dafs die Röntgenstrahlen nicht nur Ausfall der Haare auf schmerzlose und rasche Art bewirken, sondern dafs dieselben zugleich eine antimykotische Wirkung entfalten, und dafs weiterhin die durch den Chemismus erzeugte Entzündung die Rückbildung der bestehenden Infiltrate rascher bewerkstelligt.

Dafs die X-Strahlen eine baktericide Wirkung ausüben können, zeigen die vorgenommenen Versuche, nach welchen virulente Kulturen von Cholerabacillen, Bacterium coli comm., Staphylococcus p. aur. u. s. w., schon nach einstündiger Bestrahlung, teils geschwächt, teils getötet wurden. (Levy-Dorn).

Dieselbe günstige Wirkung, wie sie von L. Freund und E. Schiff erzielt wurde, haben auch wir erhalten, doch müfsen wir gleich hervorheben, dafs wir uns streng nach den von ihnen aufgestellten Vorschriften hielten, und gleich mit der Behandlung aussetzten, als auch nur „im geringsten eine vom Charakter der schon vorher bestandenen Hyperaemieröte" abweichende Rötung und Entzündung auftrat. Zur Illustration der günstigen Wirkung der Radiotherapie möge der nachfolgende Fall dienen:

Gottlieb M., 23 Jahre alt, Einj.-Freiwill. war seit zwei Jahren an Bartfinne erkrankt und stand mit dem Leiden noch als Studierender der Technik auf der dermatologischen Klinik der czechischen Universität in Prag in Behandlung. Das Leiden wurde damals vorübergehend geheilt, doch schofsen bald wieder neue Knoten und Pustelchen im Gesichte auf, so dafs das alte Leiden, wenn auch nicht in seiner früheren Intensität, neuerlich bestand. Anfangs Oktober, nach seinem Einrücken zur aktiven Dienstleistung bei der k. u. k. Kriegsmarine, verschlechterte sich sein Zustand dermafsen, dafs der Freiwillige in das k. u. k. Marine-Spital in Pola transferiert wurde.

Bei der Aufnahme am 17. Oktober 1900 findet man im Gesichte im Bereiche der Barthaare erbsen- bis kirschengrofse, das Hautniveau überragende, mit der Haut verschiebbare Knoten, welche teilweise mit festhaftenden, bis fingernagelgrofsen Borken bedeckt sind, teils mit bis hanfkorngrofsen, im Zentrum von einem Haare durchbohrten Pustelchen besetzt sind. Einzelne bis hanfkorngrofse Pustelchen finden sich auch einzelnstehend im Gesichte und sind dieselben ebenfalls von einem Haare durchsetzt. Die Borken sind festhaftend, werden ebenfalls von Barthaaren durchsetzt, und sind von gelbbrauner Farbe. Beim Entfernen der gröfseren Borken mit der Meifselsonde gehen einzelne Haare mit der Kruste verklebt mit, während andere in den nun exulcerierten Knoten festhaften.

Beim Extrahieren der Haare finden wir dieselben von einer glasigen, aufgequollenen Scheide umgeben, während einige Haare beim Zug mit der Cilienpinzette abreifsen. Auf Druck entleert sich aus den einzelnen vom

Haare befreiten Follikelmündungen ein kleiner Eitertropfen. Im Schnurrbarte befinden sich ebenfalls kleine Pustelchen und Knötchen. Auf der rechten Seite ober dem Mandibularwinkel ist ein haselnufsgrofser, fluktuierender, rötlich verfärbter Knoten. Fig. 1 stellt den Freiwilligen vor Einleitung der Behandlung am 18. Oktober 1900 dar.

In den entfernten Haaren wurden vom Vorstande des bakteriologisch-chemischen Laboratoriums, Linienschiffs-Arzt Dr. J. Horcicka, Hyphomyecten vorgefunden, während der Eiter massenhaft Staphylococcen enthielt.

Die Bestrahlungen wurden vom Vorstande des Röntgen-Instituts des k. u. k. Marinespitals in Pola, Linienschiffs-Arzt Dr. E. Waldek, mit

Fig. 1.

einer von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall gelieferten Röntgen-Einrichtung vorgenommen, wobei ein mäfsig hartes Vacuumrohr verwendet wurde. Die primäre Stromstärke war 5 Ampère, Spannung der Elektrizität 20—21 Volt, die Unterbrechungen des Primärstromes waren 800 in der Minute, verwendete Funkenstrecke 35 cm, bei einer Schlagweite des Induktors von 40 cm. Die Entfernung der Röhre zur bestrahlten Haut war: in den ersten drei Tagen 25 cm, in den nachfolgenden sechs Sitzungen 20 cm, während dieselbe in den restlichen 12 Sitzungen 15 cm

betrug. Die Dauer der Bestrahlungen war in den ersten fünf Tagen je fünf Minuten, bei den weiteren fünf Sitzungen 10 Minuten und bei den restlichen Bestrahlungen 15 Minuten pro Gesichtshälfte.

Die nicht zu bestrahlenden gesunden Hautpartien wurden mit entsprechend zugeformten Bleiplatten bedeckt und so geschützt.

Nach der fünften Sitzung am 25. Oktober waren die Pusteln bereits allenthalben eingetrocknet, die Haut in der Umgebung derselben abschuppend und leicht gerötet. Die ausgebreiteteren Borken zeigten nach ihrer Abhebung noch immer eine näfsende Unterlage, während dieselbe bei den kleinen Borken bereits trocken war.

Fig. 2

Am 30. Oktober fangen die ersten Barthaare an, spontan auszufallen, und jene, welche noch in der Haut stecken, lafsen sich durch gelinden Zug mit der Cilienpinzette leicht entfernen. Der fluktuierende Knoten über dem rechten Mandibularwinkel, ist, ohne dafs eine Incision vorausgegangen wäre, am 4. November vollständig zurückgegangen. Sämtliche Krusten und Pusteln sind verschwunden, die Haut ist etwas gespannt und gerötet, weshalb die Behandlung unterbrochen wird, und auf die Haut Umschläge mit Bleiwasser appliciert werden.

Am 9. November wird die Behandlung wieder aufgenommen. Die Haut ist zu dieser Zeit durchwegs bis auf die von früher bestehenden Narben glatt, die Infiltrationen haben sich rückgebildet, nur ist die Haut an den am meisten erkrankt gewesenen Partien noch verdickt und gerötet. Nur in der Nasolabialfalte findet sich ein hanfkorngroßes neu entstandenes Pustelchen. Am 13. November sind die bestandenen Verdickungen und Rötungen der Haut ganz geschwunden, und ist der Krankheitsprozeß am 18. November 1900 als vollkommen geheilt zu betrachten. Fig. 2 ist die Photographie des Freiwilligen an diesem Tage.

Wir haben während der ganzen Behandlung grundsätzlich jeden chirurgischen Eingriff, sowie jedwede medikamentöse Behandlung vollständig vermieden, da wir bei der Radiotherapie der Sykosis hyphogenes die Röntgenstrahlen als das wirksame und auch parasiticide Agens halten.

Selbst der haselnußgroße fluktuierende Knoten wurde nicht eröffnet. Nur auf die, durch die Bestrahlung entstandene Rötung und Schwellung, die übrigens auch nicht viel subjektive Symptome verursachte, wurden vom 4. November bis 9. November Umschläge mit aqua plumbica gemacht.

Derzeit, drei Monate nach der Rekonvalescenz des Patienten, ist derselbe vollständig frei von allen Recidiven geblieben, trotzdem das Leiden früher über zwei Jahre bestanden hat, und glauben wir daher annehmen zu dürfen, daß in allen Fällen von FREUND und SCHIFF, wo nach zwei bis vier Monaten Recidive auftraten, es sich um neuerliche Reinfektion handelte, und daß die Infektionsquellen weiter fortbestanden obzwar die ursprüngliche Erkrankung behoben wurde. Vielleicht ist auch das Festsetzen der Pilze bei einer bereits an Sykosis einmal erkrankt gewesenen Haut leichter möglich, als bei einer vorher stets gesund gewesenen. Bei dem von GASSMANN und SCHENKEL behandelten Sykotiker trat selbst nach Jahresfrist kein Recidiv auf.

Wenn wir die für den Patienten so überaus bequeme Behandlungsart durch die Bestrahlung mit den übrigen geübten Methoden vergleichen, wenn wir berücksichtigen wie viel Schmerzen und Unbequemlichkeiten wir demselben mit der Radiotherapie ersparen, daß wir selbst in den allerschwersten und tiefsitzendsten Fällen mit den Strahlen allein vollständig auskommen, und wenn wir dabei bedenken, daß die Radiotherapie, mit der nötigen Vorsicht gehandhabt, ungefährlich ist, müßen wir erklären, daß dieselbe derzeit die beste und gründlichste ist und in allen Fällen anzuwenden wäre, wo Röntgeneinrichtungen dem betreffenden Arzte zur Verfügung stehen.

Litteratur.

Kaposi, M., Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

Unna, P. G., Histopathologie der Hautkrankheiten.

Behrend, G., Sykosis. *Eulenburgs Realencyklopädie.* Bd. XXIII.

Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Teil.

Joseph, M., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Teil. 1898.

Ehrmann, S., Über Sykosis und Follikulitis. *Wien. med. Pr.* 1893. No. 9 u. 10.

— Die Kataphorese als Heilverfahren für Sykosis coccogenes (vulgaris) und parasitaria. *Wien. med. Bl.* 1897. No. 1.

Levy-Dorn, M., Röntgenstrahlen. *Eulenburgs Realencyklopädie.* Bd. XX.

Kienböck, R., Über Einwirkung des Röntgenlichtes auf die Haut. *Wien. klin. Wochenschr.* XIII. No. 50.

Gassmann und Schenkel, *Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstr.* Bd. II, Heft 4.

Schiff und Freund, Weitere Beiträge zur Radiotherapie (in der Festschrift gewidmet Hofr. Prof. Neumann).

— — Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie. *Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 37.

Freund, L., Lichtstrahlen und Röntgenstrahlen als Heilmittel. *Jahrb. f. Photogr. u. Reproduktionstechnik* für das Jahr 1900.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik zu Parma, geleitet von Prof. Mibelli.

Zwei vergessene Arbeiten von Giovanni Inzani über die Nervenendigungen in den Epithelien.

Von

J. Pighini.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Wegen der Unzulänglichkeit der gegenwärtigen Untersuchungsmethoden konnte bisher noch keine genaue Beschreibung der Nervenendigungen in den Epithelien gegeben werden. Zum Glücke kennen wir die Arbeiten eines berühmten parmesaner Anatomen, Giovanni Inzani, die er vor 30 Jahren geschrieben hat und welche längst schon Licht in diese Streitfrage gebracht hätte, wenn sie nicht leider vergessen worden wäre.

Es möge uns deshalb gestattet sein, die Aufmerksamkeit der Histologen auf die von dem ebenso bescheidenen als scharfen Beobachter erzielten Resultate zu lenken. Bereits in seinem Lehrbuche der Anatomie (1861) hat Inzani (1) die Epithelien des membranösen Labyrinths und der Schleimhaut der Nase und der Mundhöhle studiert. Er hat dabei festgesetzt, daſs die Gefühlsnerven in der Weise endigen, daſs sie sich in ein Bündel freiendender Fibrillen verteilen.

Im Jahre 1868 gab er sodann eine genauere Beschreibung dieser Endigungen im Epithel der Cornea und dem Zahnschmelze. Im Jahre 1869 erschien von ihm eine Monographie (2) mit beigefügter Tafel, worin eine ausführliche und genaue Beschreibung der Nervenendigungen in beinahe allen epithelialen Geweben enthalten war: Cornea, Nieren, Leber, Hoden, Lungen, Milch-, Talg-, Speichel-, Thränendrüsen, Meissnersche Körperchen. Auch in seinen Untersuchungen der Schleimhaut der Stirn- und Maxillarhöhle erhielt er eine glänzende Bestätigung seiner Ansicht (3).

Der Typus der sensitiven Nervenendigungen ist folgender: die Markfaser (*fm*) teilt sich in blasse marklose Fasern (*fp*) und diese wieder in Fibrillen (*fr*). Jede Fibrille zeigt an einer bestimmten Stelle eine knopfförmige Verdickung, Nervenknopf (*bn*), die sich innerhalb einer birnförmigen Kapsel (*ca*) von 12 bis 16 μ Länge und 5—10 μ Breite befindet. Diese Kapsel hat ein gekörntes Aussehen und bildet die Verlängerung der Scheide, welche die Fibrille umgiebt.

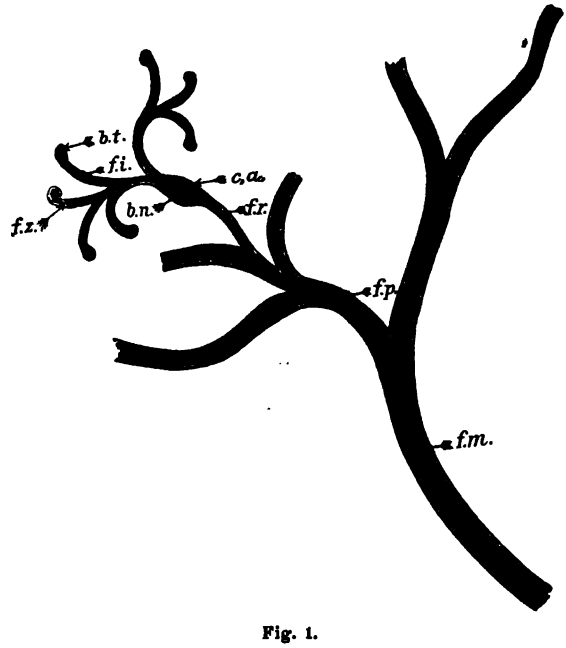


Fig. 1.

Figur 1.

Der eingeschlossene Knopf spaltet sich an seinem vorderen Ende in einen Büschel von Fäden (*fi*), die nicht allein aus dem abgerundeten Ende der Kapsel strahlen, sondern auch aus deren seitlichen Partien. Der Endfaden teilt sich wieder in kleinste Fädchen (*fz*), deren jedes am freien Ende eine kleine Auftreibung zeigt: terminales Knöpfchen (*bt*). Die Kapselhülle verlängert sich und umschließt scheidenartig den Faden, das Fädchen und die terminalen Knöpfchen. Von diesen letzteren erreicht ein jedes eine Epithelzelle und läßt sich zuweilen bis zum Kerne verfolgen.

Diesen als pinselartige Endigung (Terminazione a pennelli) beschriebenen Typus hat Inzani in allen epithelialen Geweben angetroffen, selbst in den Nägeln und Haaren, und hat jeden derselben genau beschrieben.

Was die Haut anbelangt, so hat er denselben Typus von Nervenendigung vorgefunden, d. h. die Trennung der dicken Nervenfasser in blasse Fasern und dieser letzteren in Fibrillen, das Anschwellen dieser Fibrillen zu einem Knopfe, von dem ein Fäserchen ausgeht, das pinselartig auf den Epithelzellen der Epidermis endigt. In regelmäfsigen Entfernungen verteilt finden sich in der Schleimschicht kleine Öffnungen, welche von den abgestumpften Kanten der Stachelzellen begrenzt sind. Durch diese Öffnungen steigen bis zur Höhe des oberflächlichen Epithels lange Fäden empor. In einer nach Präparaten von einem injizierten Hautstücke gezeichneten Figur sieht man die Fasern zwischen der Gefäfsschlinge in die Cutispapille emporsteigen und Fibrillen abgeben, die in die Kapsel treten. Von diesen gehen Endfasern aus, welche die Grenze der Cylinderzellenschicht überschreiten und die Zellen der polygonalen Schicht erreichen.

Figur 2.

Fig. 2.

Diese Art der Endigung der Nervenfasern in der Epidermis wäre somit identisch mit derjenigen, die man in den anderen Geweben antrifft. Auch hierin findet das von INZANI in logischer Weise aus seiner Entdeckung abgeleitete Gesetz seine Bestätigung, dafs nämlich die pinselartigen Nervenendigungen zu jeder funktionellen Zelle gelangen und in dieselbe eindringen ohne mit ihr jedoch zu verschmelzen. Daraus leitet sich hinwiederum der Folgesatz ab, dafs ein jedes anatomische Element unter der direkten Wirkung des Nervensystems steht. Die kapitale Wichtigkeit dieses Satzes für die Physiologie und Pathologie ist einleuchtend. Die Bestätigung dieser anatomischen Thatsache finden wir in dem Vergleiche der von INZANI erzielten Resultate mit denen von anderen Autoren.

Bereits in den Jahren 1865 und 1866 hatten HOYER und COHNHEIM die marklosen Terminalfasern in der vorderen Epithelschicht der Cornea verfolgt. Zwei Jahre später gelang es LANGERHANS (4) nach derselben Färbemethode mit Goldchlorid Nervenfasern nachzuweisen, welche sich in die Schleimschicht beim Menschen einsenkten und darin innerhalb gewisser geästelten Zellen endigten, die sich mit Goldchlorid schwarz färbten. Diese sternförmigen Körperchen von LANGERHANS wurden von ARNSTEIN

als wandernde Leukocyten betrachtet, von MERKEL als ihres Pigments beraubte Pigmentzellen und von KOELLIKER als Bindegewebszellen. Das beständige Vorkommen dieser Zellen in der normalen Haut und ihre direkten Beziehungen zu Nervenfasern läfst die Kritik als sehr zweifelhaft erscheinen, um so wahrscheinlicher aber die Ansicht, dafs die genannten Zellen mit den von INZANI beschriebenen Kapseln identisch sein könnten, welche das Gold ebenfalls begierig aufnehmen. In diesem Sinne urteilte denn auch INZANI, aber seine Entdeckung blieb unbekannt.

Im Jahre 1869 fand TOMSA (5) die Nervenendigungen in den Cutispapillen. EBERTH (6) verfolgte sie (1870) bis in die Epidermis. Erst RANVIER (7) brachte im Jahre 1879 mehr Licht in diese Frage. Er wies nach, dafs die marklosen Nervenfasern innerhalb der Epidermis von Fasern abstammen, welche unter der Basalschicht verlaufen. Sie steigen in geschlängeltem Verlaufe zwischen den Zellen des Rete Malpighii empor, zeigen immer mehr ein variköses Aussehen und endigen schliefslich in Gestalt eines Knopfes oder verteilen sich in Granulationen.

RANVIER glaubt ferner, dafs die genannten Nervenendigungen mit der Epidermis wachsen, in die Hornschicht eintreten und dort zerfallen.

Auch KOELLIKER (8) hatte ähnliche Fasern konstatiert und sie bis in die Körnerschicht verfolgt, wo sie varicenartig oder in Gestalt von Knöpfchen endigen. Alle diese Angaben waren aber noch sehr vage. Erst die Arbeiten von PFITZNER und von UNNA (1882) brachten die Frage soweit, dafs sich Schlüsse ziehen liefsen. PFITZNER (9) verliefs die Goldchloridmethode und behandelte seine zuvor in Chromsäure gehärteten Präparate mit Osmiumsäure. Er untersuchte die Epidermis von Frosch- und Salamanderlarven in einer gewissen Periode ihrer Entwickelung und beschrieb blasse Fasern, die, stets zu zweien vereint, in die Stachelzelle eintreten und in deren Protoplasma endigen und zwar zur Seite des Kernes, mit einer Anschwellung in Form eines Knöpfchens.

Die Originalität dieser Entdeckung veranlafste UNNA (10), dieselbe Art von Nervendigung in der Epidermis des Menschen aufzusuchen. Er behandelte Schnitte von einem menschlichen Präputium (mit dem Gefriermikrotom geschnitten) mit $^1/_4$%iger Osmiumsäure und konnte die beiden Endigungen der marklosen Fasern sehen, welche schwarz gefärbt waren und von verschiedenen Seiten nach dem Kerne konvergierten, ohne mit demselben oder untereinander zu verschmelzen.

Die Identität dieser „paarigen intracellulären Nervenendknöpfe“ von PFITZNER und von UNNA mit den Knöpfchen von INZANI erscheint um so klarer, wenn man sich erinnert, dafs diese terminale Struktur der marklosen Fasern von diesen Autoren in den verschiedensten Geweben nachgewiesen wurde und somit ein allgemeiner und einziger Typus von Endigung der sensiblen Nerven für alle epithelialen Gewebe zu bestehen scheint.

Kölliker, Billroth, Stöhr und verschiedene andere Autoren haben terminale Fasern und Knöpfchen in der Haut des Frosches in der Ösophagusschleimhaut des Frosches und des Trito, im Gaumenepithel des Hundes, in der Lippe des Pferdes im Ohre der Raubtiere in der Conjunctiva bulbi, der Papilla foliata des Pferdes, der Clitoris, der Pharynxschleimhaut, dem Ösophagus und der Vagina konstatiert. Wie schon Inzani und Tomsa (loc. cit.) gesehen, vermochte auch Unna dünnste terminale Fäserchen bis ins Endothel der Gefäfse verfolgen, welche den Gefäfsknäuel der Papillen bilden. Es wiederholte sich auch hier die beschriebene typische Struktur: zwei Fasern, welche die endotheliale Zelle erreichen und als kleine Knöpfchen im Zellprotoplasma oder im Kerne resp. in dessen Nähe endigen.

Auf Grund derartiger, von so namhaften Autoren gesammelten Argumenten, wird man wohl kaum mehr an die Existenz von Nervenendigungen in den Epithelien und der Epidermis zweifeln dürfen, wie dies Goldscheider, Krause, Karg versucht haben. Die kürzlich erschienene Arbeit von Ruffini (11) läfst die Frage über die wirklichen Nervenendigungen in der Haut offen. Dieser Autor hat nämlich die Ameisensäure verwendet, welche die Basalmembran löst und die Epidermis lostrennt; er hat also nur die Papillen zu Gesichte bekommen, in welchen er nicht einen wirklichen Typus von Nervenendigungen zu beschreiben vermochte, wie dies Inzani gethan.

Wir bezweckten, den Anatomen die Entdeckung des parmesaner Forschers vor Augen zu führen und ihre Genauigkeit an der Hand der Untersuchungsresultate anderer Autoren zu bestätigen.

Die beiden terminalen Knöpfchen auf dem Kerne einer jeden Stachelzelle, welche von Pfitzner und von Unna im Jahre 1882 entdeckt wurden, sind — das steht für mich über allen Zweifel — identisch mit den von Inzani 1868 aufgefundenen Knöpfchen, welche in jede Zelle eindringen, ohne aber mit ihr zu verschmelzen.

Wenn einzelne Eigentümlichkeiten des von Inzani beschriebenen Typus (keulenartige Anschwellung, Kapsel, Scheide) von dem einen oder anderen Forscher nicht auch konstatiert wurden, so beweist dies noch keineswegs, dafs dieselben nicht vorhanden sind.

Niemand hatte noch zuvor in vollständiger und schematischer Weise die wahre Endigungsweise der sensiblen Nerven beschrieben. Allein die Arbeit von Inzani bringt Licht in diese Dunkelheit und gestattet uns eine Erklärung so vieler pathologischer Thatsachen, die uns vollständig entgehen würden, wenn nicht die Hypothese vom Nerventrophismus aufträte.

Mit aller Wahrscheinlichkeit — der Physiologie bleibt es vorbehalten dies zu bestätigen — kommt diesen Nervenendigungen der Wert von

trophischen Nerven zu. Eine jede weitere Hypothese bezüglich der viel bestrittenen Frage von der Existenz derartiger Nerven wird dabei überflüssig und der Pathogenese steht ein neues glänzendes Feld offen. Dies wollen wir, in die Fußstapfen des Meisters tretend, geduldig weiter verfolgen und dahin verweisen wir alle diejenigen, die bereits den steilen Pfad betreten haben.

Die beiden angeführten kleinen Arbeiten von INZANI finden sich im Buchhandel nicht und nur ganz wenige Exemplare sind noch im Besitze von Kollegen des Professors. Wer sie allenfalls nachschlagen wollte kann sich dieselben in der Biblioteca Palatina zu Parma verschaffen.

INZANI machte alle seine Untersuchungen mit frischem Material, indem er die Schnitte direkt in Blutserum oder in mit Essigsäure leicht angesäuertem Wasser untersuchte. Zur Kontrolle benutzte er auch mit Ammoniakkarmin und Goldchlorid gefärbte Präparate.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Litteratur.

1. Trattato di anatomia descrittiva con Atlante. 1861. Parma, Grazioli.
2. Ricerche anatomiche sulle terminazioni nervose. 1869. Parma, Grazioli.
3. Richerche sulle terminazioni dei nervi nelle mucose dei seni frontali e dei seni mascellari. 1872. Parma, Grazioli.
4. *Virchows Archiv.* 1868.
5. Nerven der Blutgefäßkapillaren. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* Jahrg. VII. 1869.
6. *Archiv f. mikrosk. Anat.* 1870.
7. Comptes rendus und *Internat. Monatsschr.* Bd. III.
8. Gewebslehre. 6. Aufl. 1889. S. 170.
9. Nervenendigungen im Epithel. *Morphol. Jahrb.* Bd. VII, S. 716.
10. Die Nervendigungen in der menschlichen Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Oktober 1882.
11. Sulla presenza di nuove forme di terminazione nervose nello strato papillare e subpapillare della cute dell'uomo. Siena, 1898.

Aus der Praxis.

Glasdinte aus Gelanth.

Von

P. G. Unna.

Ein in Lassars *Derm. Zeitschr.* im Februarheft 1901[1] erschienener Artikel von Dr. Paul Richter in Berlin über „eine praktische Signiermethode für Präparate“ veranlafst mich, eine ähnliche Methode meines Laboratoriums mitzuteilen, die ich vor drei Jahren im Anschlufs an die Herstellung des Gelanths angab.[2] Die bis dahin gelegentlich gebrauchten Mischungen von Gummi, Dextrin u. a. mit weifsen und schwarzen mineralischen Pulvern hatten alle den Nachteil, dafs der Farbstoff sich zu Boden setzte und daselbst zu einer festen Decke allmählich zusammensickerte, die sich nur schwer wieder aufschütteln liefs. Als es mir gelungen war, in dem Gelanth einen wasserlöslichen Firnifs herzustellen (aus Tragantschleim und überhitzter Gelatine), welcher auch die schwersten Körper in Suspension erhielt, fielen mir sofort die unpraktischen Glasdinten ein. Der nächste Versuch entsprach sofort meinen Erwartungen. Die Gelanthdinte hielt sich vortrefflich sowohl mit Fuligo wie mit Zinkoxyd und anderen Farbstoffen und flofs sogar — ein zweiter Vorzug — aus jeder beliebigen Stahlfeder.

Erst nachträglich wurde ich auf die Vorschrift von Schoebel aufmerksam gemacht, welche als Firnifs eine glycerinhaltige Wasserglaslösung enthält und für welche neuerdings Paul Richter folgende Formel angiebt:

Schwefelsaures Baryt	20
10%ige Lösung von G. arab.	15
Natron-Wasserglaslösung	20
Destilliertes Wasser	5.

Auch diese Wasserglasdinte erwies sich mir als brauchbar, doch hatte sie der Gelanthdinte gegenüber zwei Nachteile. Sie flofs nicht so gut aus jeder Feder und mufste bei jedesmaligem Gebrauche umgeschüttelt werden. Dazu kam noch, dafs sie, wenn vollkommen ausgetrocknet, sich nur schwierig (durch Kochen, Abkratzen) entfernen liefs. Wer mit der Glasdinte bleibende Signaturen anfertigen will, dem mag dieser Umstand ja

[1] Referiert auf Seite 355 dieser Nummer.

[2] Ich sendete vor längerer Zeit eine Probe der Gelanthdinte an Herrn Professor Schiefferdecker zur Begutachtung, die nicht ungünstig ausfiel. Sie hat sich seither durchaus bewährt.

willkommen erscheinen. Ich aber brauchte und brauche noch heute die Glasdinte nur, wo eine vorläufige Signierung von Präparatenserien ein massenhaftes und rasches Bezeichnen der Objektträger erfordert und ersetze später die vorläufigen Signaturen an den Präparaten, die aufbewahrt zu werden verdienen, durch Etiquetten. Daher paſste es mir besser, daſs die Schrift der Gelanthdinte, die in 1—2 Minuten vollkommen trocken ist, durch festes Abwischen mit einem trockenen oder feuchten Tuche sich entfernen läſst, während ein leichtes Darüberhinstreichen die Schrift nicht angreift.

Im Gegensatz zu der Schoebelschen und Richterschen Vorschrift kann ich daher die Gelanthdinte als eine stets bereite, leicht aus jeder Feder flieſsende und leicht nach dem Antrocknen wieder zu beseitigende Glasdinte zum vorläufigen Signieren von Präparaten und Glassachen empfehlen. Sie ist in der hiesigen Schwanapotheke in kleinen, 30 g enthaltenden Fläschchen vorrätig. Ihre Formel ist:

Zinci oxydati	
Gelanthum	ää 7,5
Aquae destillat.	15,0.

M.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 5./18. Februar 1901.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Chlebnikow als Gast stellte ein Kind mit **Urticaria pigmentosa** vor. Der einjährige, blasse, im allgemeinen aber gesunde Knabe zeigt auf dem Rumpf und insbesondere den Extremitäten eine Unmasse brauner Flecke und stellenweise, wie auf den Fuſssohlen, brauner Papeln von sehr verschiedener Gröſse.

Diskussion: Pospelow erkundigt sich, ob dieser Ausschlag von Geburt an bestehe? Chlebnikow erwidert, das lasse sich nicht genau bestimmen, da das Kind asphyktisch geboren wurde. Als die Asphyxie schwand, wurde der Ausschlag bemerkt. Pospelow fragt, ob sich die Flecke im Laufe der Zeit verändert haben? Chlebnikow entgegnet, einige Flecke sind blasser geworden, aber andere sind frisch aufgetreten. Pospelow sagt, es handelt sich ohne Zweifel um Pigmentextravasati, die nach seinen Beobachtungen zwar langsam, aber dennoch im Laufe der Jahre resorbiert werden und berichtet über eine eigene Beobachtung von Urticaria haemorrhagica bei einem Erwachsenen.

2. Pospelow sprach über die **Therapie der Psoriasis vulgaris** und speziell über die günstigen Erfolge, welche er durch eine kombinierte Behandlung mit Arsenik und Thyreoidin erzielt hat. Ganz zufällig kam Pospelow darauf, indem er bei einem hartnäckigen Fall von Psoriasis nach längerem Gebrauch von asiatischen Pillen, die

keinen Effekt gehabt hatten, versuchsweise Thyreoidin in kleiner Dosis, nämlich zu 0,3, ein- bis zweimal wöchentlich ordinierte. Schon nach zwei Wochen trat eine entschiedene Besserung ein, die später zu völligem Schwunde der Psoriasis führte. Durch Nachprüfungen überzeugte sich Pospelow, dafs diese Dosis Thyreoidin an sich wirkungslos ist, aber nach vorherigem Arsengebrauch brillant wirkt. Unangenehme Nebenwirkungen wurden durch das Thyreoidin nicht beobachtet. Zum Belege des Gesagten führte P. eine auf solche Weise behandelte Psoriasiskranke vor, die frei von Erscheinungen war.

3. Schelkau als Gast stellte eine 19jährige Bäuerin mit **Osteomyelitis** der rechten Unterarmknochen vor und zeigte die entsprechende Röntgenphotographie. Auf Grund des angeblich vorausgegangenen Fiebers, ferner der Wirkungslosigkeit des Jodkaliums etc. sprach sich Sch. für eine Osteomyelitis purulenta subacuta non specifica aus.

Diskussion: Shiwulf, Tschlenoff, Fokin und Wyschinskaja bezweifeln die Diagnose. Auf die anamnestische Angabe von Fieber sei nicht viel zu geben, Jodkalium sei viel zu kurze Zeit und Hg gar nicht gegeben worden. Pospelow hält gleichfalls noch eine weitere Beobachtung des Kranken für notwendig, bemerkt aber, dafs auch bei einer luetischen Osteomyelitis Jodkalium und Hg im Stich lassen können. Ihm haben sich in solchen Fällen heifse Bäder des erkrankten Körperteiles neben der spezifischen Behandlung am wirksamsten gezeigt.

4. Jordan demonstrierte einen 73jährigen Mann mit **Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum.** Das Leiden soll angeblich vor drei Jahren begonnen haben. Jetzt finden sich die charakteristischen blauroten resp. tiefblauen Flecke und Knoten vor allem auf den polsterartig aufgetriebenen Hand- und Fufsrücken, dann aber auch auf den Handtellern, Fufssohlen, Unterarmen und -schenkeln und an der Nase. Von den Schleimhäuten zeigt nur diejenige der Unterlippe zwei kleine Knoten. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist ein gutes. Mikroskopisch liefsen sich Herde von Rundzellensarkom, Ablagerung von Pigment in den Zellen des R. Malpighii, wie auch freiliegend zwischen den Zellen des Coriums und eine starke Zunahme der Blutgefäfse konstatieren.

Diskussion: Tschlenoff glaubt, dafs man aus dem mikroskopischen Befunde allein die Diagnose nicht stellen könne. Fokin bestätigt dagegen, dafs man schon allein aus dem mikroskopischen Befund die Diagnose auf Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum stellen kann.

5. Sakrepa stellte nochmals den schon in der früheren Sitzung gezeigten Fall von **Tuberculosis cutis verrucosa** vor.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. Februar 1901.

Originalbericht von Dr. Druelle-Paris.

Behandlung des Lupus mit heifser Luft, von Balzer. B. legt der Gesellschaft ein Instrument vor, welches zu diesem Zwecke dient. Man macht zuerst eine Reihe von punktförmigen Kauterisationen zur Auffrischung der Oberfläche. Vor der Einwirkung der heifsen Luft wird mit 20%iger Kokainlösung anästhesiert. Der gleiche Apparat kann beim weichen Schanker angewendet werden.

Molluscum contagiosum mit voluminösen Tumoren, von Balzer. Der Patient trägt auf dem Haarboden mächtige Tumoren von Molluscum contagiosum. Balzer hat einen anderen ähnlichen Fall beobachtet, der von entzündlichen Erscheinungen begleitet war, welche den Tod des betreffenden Patienten zur Folge hatten.

Barthélemy hat im St. Lazarushospital entzündliche Molluscumgeschwülste gesehen, welche infolge dessen unkenntlich waren. Sie täuschten konglomerierte Follikulitiden vor.

Dorsale Lymphangitis des Penis in einem Falle von weichem Schanker, von Danlos. Bei einem Patienten, der, soviel wenigstens dem Vortragenden bekannt, niemals einen anderen als einen weichen Schanker gehabt hatte, konstatierte er auf der Dorsalfläche des Penis eine harte Lymphangitis von deutlich spezifischem Aussehen. Er frägt sich ob dergleichen bereits anderweitig beobachtet worden sei. Mit vollständiger Sicherheit kann übrigens Danlos nicht behaupten, dafs es sich wirklich um einen rein weichen Schanker gehandelt habe, da ihn der spezifische Schanker vortäuschen kann.

Fournier meint, dafs die Läsion allerdings wie eine solche spezifischer Natur aussehe, erklärt aber, dafs sie sich bei allen Affektionen des Penis zeigen könne. Es handelt sich um Stränge plastischer Lymphangitis, welche Ricord mit die Haut durchziehendem Bindfaden verglichen hatte.

Sehr rasch verlaufendes Epitheliom der Zunge, von Danlos. D. stellt einen jungen Mann mit einem Epitheliom der Zunge vor, dessen äufserst rasche Entwickelung auffallend war. In einem Monate hatte dasselbe die ganze linke Seite der Zunge ergriffen und gegenwärtig bestehen submentale Drüsen, welche mit den umgebenden Geweben verwachsen sind. Gastou, welcher die mikroskopische Untersuchung des Tumors vornahm, fand, dafs es sich um ein typisches lobuliertes Pflasterepitheliom handelte.

Hereditäre Lues mit pseudolupösen Formen, von Du Castel. Das Mädchen wurde zehn Jahre lang auf dem Lande wegen eines Lupus des Gesichtes behandelt. Trotz des tuberkulösen Aussehens der oberflächlichen Läsionen fällt einem auf, dafs es im Verlaufe ihrer Krankheit zu wiederholten Eliminationen von Knochensequestern gekommen ist. Gegenwärtig konstatiert man noch Nekrose einer Muschel, die in Ablösung begriffen ist; das Periost der Orbita ist aufgetrieben; es bestehen entzündliche Erscheinungen und Infiltrationen mit Ödem des ganzen Gesichtes. Aufserdem sieht man zwei isolierte Ulcerationen auf dem Augenlide. In Anbetracht dieser Thatsachen und obwohl anamnestische Angaben vollständig fehlten, konnte man an eine hereditäre Syphilis denken. Die Läsionen heilten denn auch unter dem Einflusse von Kalomelinjektionen.

Syphilitische oder tuberkulöse Läsionen des Armes und der Brustdrüse, von Du Castel. An der Brustdrüse bestehen dieselben in einem Flecken mit unregelmäfsigen Rändern, von violettroter Farbe, mit mehr oder weniger anhaftenden Schuppen bedeckt. Diese Flecken zeigen im Centrum eine gewisse Neigung zur Vernarbung. Auf dem Boden derselben konstatiert man eine massive Infiltration. Am Arme findet man eine Reihe schmerzhafter Knötchen, die stellenweise bandförmig angeordnet sind, was an Lymphangitis denken läfst; es fehlt aber die Lymphdrüseninfiltration. Neben diesen Knötchen bestehen einige violettrote Flecken, von rundlicher Gestalt, mit einer kleinen Borke im Centrum aber ohne Spur von Ulceration. Es kann sich sowohl um Lues als um Tuberkulose handeln.

Fournier: Die Verteilung der Elemente spricht hier eher für eine syphilitische Läsion.

Brocq meint auch, dafs es sich um Syphilis handele. Er giebt an, dafs gegenwärtig im Brocahospital ein Patient mit ganz analogen Läsionen behandelt werde, welche rote, aus Knötchen bestehende Flecken bilden, die auf einer gewaltigen, einen wahren Tumor bildenden infiltrierten Unterlage stehen.

Darier: Die Biopsie würde die wahre Natur der Läsion wahrscheinlich auf-

klären; in diesem Falle ist aber die therapeutische Probe vorzuziehen, da sie keine Gefahren bietet. Wenn es sich um ein Epitheliom handeln könnte, so müfste unbedingt die Biopsie vorgenommen werden.

Professionelle Ulcerationen der Lederfärber, von Brocq und Laubry. Von den beiden Patientinnen zeigt die eine am Metakarpophalangealgelenke des rechten Zeigefingers eine Ulceration in Form eines Kraters mit scharf gezeichneten Rändern und von ca. 1 cm Durchmesser. Die andere hat an der dorsalen Fläche der Phalangen Narben von analogen Ulcerationen. Diese Läsionen sehen Arsenikgeschwüren ähnlich. Diese Patientinnen haben in ihrem Berufe viel mit reizenden Substanzen zu thun. Zuerst werden die Häute mit einer aus Lauge, Ammoniak und Urin bestehenden Flüssigkeit, dann mit einer Lösung von Campechaholz und zuletzt mit einer solchen von Eisenvitriol behandelt. Es ist wohl anzunehmen, dafs diese Ulcerationen durch die reizende Wirkung einer dieser Substanzen, hauptsächlich der Kalilauge, verursacht werden. Die Haut erhält Spalten, Exkoriationen, durch welche Kontinuitätstrennungen die kaustischen Agentien wieder leichter einwirken können. Zu bemerken ist aufserdem noch, dafs die beiden Patientinnen Syphilitiker mit tertiären Läsionen sind.

Lokale Störungen nach Anwendung der Röntgenstrahlen, von Fournier und Barthélemy. Eine Patientin wurde wegen Interkostalneuralgien während vier Monaten zweimal wöchentlich in 20 Minuten langen Sitzungen mit Radiotherapie behandelt. Die Neuralgien verschwanden, dafür aber entwickelte sich in der Brustdrüsengegend eine sklerodermieartige Induration der Haut.

Agminierte Tuberkulide, von Hallopeau. Vortragender hat zwei Varietäten von gruppierten Toxi-Tuberkuliden beschrieben: eine papulo-erythematöse und eine papulös-eitrige. Bei diesem Patienten mit beginnender Lungentuberkulose sehen wir eine Zwischenform dieser Tuberkulide. Sie beginnt mit der Bildung von Papeln, an deren Spitze sich fast durchwegs kleine Pusteln ausbilden. Sie haben eine livide Färbung und sind häufig ringförmig angeordnet auf induriertem Grunde.

Akuter Lichen planus mit Blasen und kleienartiger Abschuppung, von Hallopeau und Lemierre. Bemerkenswert ist die aufserordentlich rapide Entwickelung der Affektion. Aufserdem sind die Blasen sehr grofs, was beim Lichen sehr selten ist. Ganz ungewöhnlich ist auch die kleienartige Desquamation, welche die akute Eruption begleitet hat.

Tabes dorsalis mit auf hereditäre Lues zurückzuführenden Veränderungen an den Zähnen, von Hallopeau und Lemierre. Diese Veränderungen bestehen in einer Atrophie mit Erosion der Zähne vom freien Rande aus. Es besteht keine Spur von acquirierter Lues und die Zahnveränderungen sind heredosyphilitische Stigmata, welche auch die Ursache der Ataxie sind.

Seit der Geburt bestehende Alopecie der beiden Schläfenregionen, von Fournier und Brindeau. Der Patient ist 29 Jahre alt und trägt von Geburt an auf beiden Schläfen unregelmäfsig begrenzte kahle Flächen von wenig narbenartigem Aussehen und einem Büschel Haare im Centrum. Diese Flecken sind symmetrisch und scheinen ihre Entstehung der andauernden Kompression des Kopfes durch einen hervorragenden Backenknochen oder durch die Zange während der Geburt zu verdanken.

Sabouraud kennt einen Fall, wo die Symphyseotomie nach längerer Kompression des Kopfes gegen die Symphyse ausgeführt werden mufste. Später fielen die Haare an der komprimierten Stelle aus, wuchsen aber in der Folge wieder nach. Wenn in dem Falle von F. und B. die Zange in Frage käme, so würde diese eine Ulceration mit nachträglicher Narbenbildung verursacht haben. Eine eigentliche Narbe sieht man aber nicht.

Fournier erklärt, daſs Prof. Pinard in einem derartigen Falle die Wirkung der Zange angeschuldigt hat.

Läsionen der Kieferknochen und der Zähne bei der hereditären Lues, von Motz. Der Verlust und das Übereinanderliegen der Zähne bei der Syphilis des Oberkiefers rühren von der Knochenatrophie infolge von Caries her. Meist sind nur die Schneide- und Eckzähne befallen; denn die Kanäle, welche die Gefäſse und Nerven der kleinen und besonders der groſsen Mahlzähne enthalten, sind in der hinteren äuſseren Partie des Kieferknochens gelegen, welche von der Caries verschont bleibt. Die Atrophie der mittleren vorderen Partie des Kieferbogens hat eine prognate Gesichtsbildung zur Folge mit kreuzweiser Lagerung der oberen Schneide- und Eckzähne.

Alopecia areata und Zahnläsionen. Urologie der Alopecia areata, von Jacquet. J. macht genauere Angaben über einen in der vorhergehenden Sitzung vorgestellten Alopeciepatienten, welcher gleichzeitig Veränderungen an den Zähnen zeigte. Sein Vater hat an Zahnneuralgien gelitten, besaſs aber gute Zähne. Die Mutter hatte alle die ihrigen mit 50 Jahren verloren. Im selbst fehlen neun Molares. Daneben bestehen bei ihm Hyperchlorurie, Hypophosphaturie, Polyurie und Albuminurie.

Lepra des Auges, von Galezowski. Ein junges Mädchen aus Nizza wurde uns von Tennerson zugeschickt. Vor einem Jahre hat dasselbe das linke Auge infolge von leprösen Läsionen verloren, welche von der Cornea ausgegangen und von hier weiter nach der Tiefe gegriffen haben. Die Retina hat zwar noch einen Teil ihrer Funktionsfähigkeit beibehalten, da das Licht auf dieser Seite perzipiert wird. Am rechten Auge bestehen oberflächliche Läsionen mit leichter Abhebung der vorderen Epithelschicht. Merkwürdigerweise ist die Iris intakt. Gewöhnlich greift der Prozeſs von der Sklerotika auf die Iris, Chorioidea und schlieſslich auf die Retina über. Die mittleren Augenpartien bleiben im Gegensatze zu dem Befunde bei der Syphilis unberührt. Niemals ist der Optikus primär ergriffen. Diese Läsion verläuft ohne heftige Schmerzen. Der Patient wurde mit Insufflationen von feinst pulverisiertem Zinkoxyd und Borsäure behandelt.

Plötzlicher Tod von hereditären Syphilitikern im Kindesalter, von Fournier. F. bringt Einzelheiten über den Tod des in der letzten Sitzung vorgestellten Kindes. Am Morgen war es noch ganz wohl und die Auskultation ergab gänzliches Fehlen von Rasseln auf den Lungen. Es bestand bloſs etwas Schnupfen mit leichtem Ausfluſs aus der Nase. Im Verlaufe des Tages trat mäſsige Oppression ein; das Kind wurde somnolent und starb. Einen ähnlichen Fall beobachtete F. kürzlich bei einem kräftigen hereditär-syphilitischen Kinde von zehn Monaten. Der Vater, der bei seiner Verheiratung im achten Monate seiner Syphilis stand, hatte sich energisch behandeln lassen; die Mutter hatte keine Zeichen von Lues aufgewiesen und die Schwangerschaft war ganz normal verlaufen.

Lereddde frägt ob Kinder, die von syphilitischen Eltern geboren wurden, behandelt werden sollen, auch wenn sie keine spezifischen Symptome aufweisen.

Fournier würde in einem solchen Falle die Mutter während der Gravidität und das Kind nach der Entbindung behandeln.

Syphilis und Empfängnis, von Fournier. Es wird öfters beobachtet, daſs Frauen, die niemals Zeichen von Syphilis aufgewiesen haben, heredosyphilitische Kinder gebaren. F. hat einen Fall gesehen, wo eine Mutter 15 Jahre nach der Schwangerschaft tertiärsyphilitische Erscheinungen zeigte. Bis daher hatte sie vollständig gesund geschienen und in solchen Fällen ist oft jede Spur eines vorausgegangenen Schankers absolut nicht zu entdecken. Diese Fälle sind keineswegs selten und beweisen, daſs eine Frau niemals ungestraft einen Syphilitiker heiraten dürfte, von denen ein groſser Prozentsatz sich im infektiösen Stadium befindet.

Brunier: Sehr eigentümlich sind auch die Fälle, wo man eine tertiäre Syphilis bei Frauen auftreten sieht, die nur gesunde Kinder geboren haben.

Barthélemy: Frauen und Kinder können der syphilitischen Infektion entgehen, und es giebt Fälle, wo die Frau eines Syphilitikers von der Affektion verschont geblieben und gesunde Kinder gehabt hat, um dann von einem zweiten Manne infiziert zu werden.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Medizinisch-chirurgische Gesellschaft von Brabant.

(*Presse méd. belge.* 1900. No. 47.)

Dubois-Havenith stellt folgende Fälle vor:

1. **Myxödem** bei einem 57jährigen Manne. Die Affektion dauert seit drei Jahren. Neben den gewöhnlichen Symptomen bestand eine vollständige Kahlheit des Kopfes, die sich auch über die Sternalgegend ausgebreitet hatte. Darreichung von Jodothyrin brachte schon nach kurzer Zeit wesentliche Besserung herbei. Dubois-Havenith macht auf die Wichtigkeit der Stellung einer richtigen und frühzeitigen Diagnose aufmerksam, indem der Patient, wenn seine Krankheit nicht erkannt wird, der Thyreoidintherapie, welche sich fast stets wirksam erweist, entzogen wird.

2. **Pagetsche Krankheit.** 50jährige Patientin, bei der die Affektion an der Brustwarze in typischer Weise vor fünf Jahren begonnen hat. Gegenwärtig besteht bereits ein holzharter, eigroßer, carcinomatöser Tumor der Milchdrüse mit Infiltration der Axillardrüsen; das Wachstum des Tumors hat vor kaum sechs Monaten begonnen.

3. **Molluscum contagiosum des Haarbodens.** Die ganze behaarte Kopfhaut des 20jährigen Patienten war übersät mit teils kleinen, teils sehr voluminösen durch Konfluenz kleinerer Elemente entstandenen Tumoren, von denen zwei der größten vereitert waren. Die Untersuchung der kleinen Elemente ergab den charakteristischen Befund des Molluscum contagiosum Batemann. Die Diagnose erschien zuerst etwas zweifelhaft in Anbetracht des Umfanges einzelner der Geschwülste.

C. Müller-Genf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 55. Heft 1. 1901.

I. **Über Veränderungen im menschlichen Muskel nach Kalomelinjektionen,** von V. Allgeyer-Turin. Verfasser beschäftigt sich zunächst mit der im ganzen sehr spärlichen, einschlägigen Litteratur, insbesondere mit den beiden Arbeiten von Wolfring „Über die lokalen Veränderungen nach intramuskulärer Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate" (vgl. die Referate hierüber in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 21, S. 336 und Bd. 25, S. 84) und teilt dann die Resultate seiner eingehenden Untersuchungen mit, welche er an zwei von Kalomelinjektionen herrührenden und nach kurzem Bestehen exzidierten Herden im menschlichen Muskel angestellt hat. Unter den Veränderungen, welche das Muskelgewebe nach Kalomeleinspritzungen erleidet, konnte er drei, je nach dem Sitz des Herdes und der untersuchten Stelle in In- und Extensität verschiedene Typen unterscheiden.

Beim ersten Typus, wo Zerfall und hochgradige Reaktion in den Vordergrund getreten sind, verhalten sich die Muskelfasern gänzlich passiv; sie sind als tote Gebilde aufzufassen, welche von den umgebenden Rundzellen umschlossen, infiltriert und aufgelöst werden, bis ihre Rudimente schliefslich mit den zu Grunde gegangenen Eiterkörperchen eine gleichmäfsige Detritusmasse bilden. Stellenweise sieht man noch einige Faserbündel, welche dem zerstörenden Einflusse länger widerstehen.

Beim zweiten Degenerationstypus, wo der Prozefs einen weniger rapiden Verlauf genommen hat, ist die Alteration der Muskelfasern von leichterer Natur und hauptsächlich gekennzeichnet durch Kernwucherung, durch Hervortreten und Freiwerden der Muskelkörperchen. Es ist dies ein ähnliches Bild, wie es in der Muskelpathologie unter dem Namen der „lakunären Erosion" bekannt geworden ist, ein Bild, das mutatis mutandis an die Resorption der Knochensubstanz unter dem Einflusse der in den Howshipschen Lakunen liegenden Osteoblasten erinnert.

Beim dritten Typus bestehen die Hauptveränderungen in einer mehr oder weniger stark ausgeprägten, einfachen Atrophie, die zuweilen hochgradig werden und zum totalen Schwund der Muskelfaser führen kann. Die Fasern selbst zeigen bei diesem Typus keine Zerfallserscheinungen, sie haben sich vom Sarkolemma retrahiert und erscheinen verdünnt, verschmälert und abgeplattet.

Die Unterschiede der Veränderungen der jüngeren von denen älterer Herde sind nur graduelle. In den letzteren erreichen die degenerativen Prozesse eine viel stärkere Intensität, namentlich sind die nekrotischen Vorgänge vorherrschend.

Aus den Untersuchungen des Verfassers ergiebt sich schliefslich, dafs intramuskuläre Kalomelinjektionen, wenn sie richtig fallen, was man allerdings nicht immer in der Gewalt hat, doch nicht so intensive entzündliche Reaktion und Nekrose zur Folge haben, als man im allgemeinen geneigt ist, anzunehmen.

II. **Über einen Fall eines primären tuberkulösen Hautgeschwürs am Penis**, von M. A. Tschlenoff. In der weitaus gröfsten Zahl der in der Litteratur publizierten Fälle sind die tuberkulösen Hautgeschwüre am Penis Erwachsener sekundärer Natur und entweder durch eine Autoinfektion auf dem Boden einer tuberkulösen Affektion des Urogenitalapparates oder infolge von Übertragung der tuberkulösen Infektion aus irgend einem anderen Herde, oder schliefslich auf hämatogenem Wege entstanden.

Primäre tuberkulöse Erkrankung des Penis hat nur in einem von Ssalitschew beobachteten Falle stattgefunden, wobei der Autor eine Infektion per coitum annimmt.

Verfasser ist in der Lage, einen zweiten Fall aus der Privatpraxis des Prof. Pospelow hinzuzufügen. Es handelte sich um einen 43jährigen Patienten, dessen Vater an Larynxstenose starb, dessen Frau völlig gesund war. Die Anamnese ergab auch keinerlei Anhaltspunkte für eine syphilitische Infektion. Vor vier Monaten bemerkte Patient an seinem Penis ein Geschwür, das mit einer Schramme am Präputium begann und trotz der angewandten Mittel bis zu seiner gegenwärtigen Gröfse sich ausdehnte. Es ist von einem steilen, erhöhten, derben, unregelmäfsigen, stellenweise wie angenagten, dunkelroten Rande umgeben und secerniert etwas serös-eitrige Flüssigkeit. Miliare Knötchen sind nicht vorhanden. Das Geschwür verursacht keine Schmerzen; die Leistendrüsen sind nicht geschwollen. Im übrigen zeigt der Patient nirgends eine Verletzung, noch Narben oder Pigmentationen. Zur Feststellung der Diagnose wurde ein Stückchen excidiert und mikroskopisch untersucht. Der histologische Befund war folgender: „Die Epidermis bedeutend verdickt, schickt lange Fortsätze zwischen den Papillen in die subpapilläre Schicht. Diese wie die Papillen sind verhältnismäfsig wenig infiltriert. Im mittleren Teile der Cutis sind typische Knötchen zu bemerken, die in ihrem Centrum die charakteristischen Langhansschen

Riesenzellen besitzen, aufserdem epitheloide und kleine rundliche Zellen und sehr deutliche Erscheinungen einer kräftigen Degeneration in den centralen Teilen der Knötchen. Die elastischen Fasern sind im Gebiete der Knötchen und Infiltration fast gar nicht zu bemerken und nur vereinzelt sichtbar kleine Bündel derselben." Tuberkelbacillen wurden nur in geringer Anzahl gefunden.

Impfversuche an Tieren konnten nicht angestellt werden, weil der Patient sich der Behandlung entzog und das nötige Impfmaterial fehlte.

Verfasser vergleicht seine Befunde mit denjenigen anderer Autoren.

Die Infektionsquelle oder der Infektionsmodus war in dem vorliegenden Falle nicht zu eruieren.

III. **Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen?** von L. Leven-Elberfeld. Verfasser verlangt für Fälle im Endstadium der akuten oder chronischen Blennorrhoe ein einfacheres und entscheidenderes Kriterium, als es das Gramsche Verfahren bildet, um festzustellen, ob noch Gonokokken überhaupt in den Urogenitalorganen vorhanden sind oder nicht, auch wenn sich in den untersuchten Präparaten keine mehr vorgefunden haben. Er glaubt dieses Kriterium in dem Vorhandensein oder Fehlen von Leukocyten in den Sekreten erblicken zu müssen und behauptet, dafs das Vorhandensein von Leukocyten resp. Eiter beweisend ist für das Vorhandensein von Gonokokken und für die Infektiosität des untersuchten Sekretes im Sinne einer Blennorrhoe, vorausgesetzt, dafs nicht andere Ursachen, wie Blasenkatarrh, Urethralschanker etc. die Eiterung unterhalten. Als Beweis für seine Behauptung führt der Verfasser an, dafs in einer Reihe von Fällen, die nicht mehr behandelt werden und als geheilt anzusehen sind, noch längere Epitheldesquamation stattfindet und sich gleichzeitig dem untersuchten Sekrete zahlreiche Bakterien ohne Eiterzellen beigesellen. Da man diese Bakterien so oft bei reiner Epitheldesquamation findet, so ist man zu der Annahme gezwungen, dafs sie eine Eiterung der Urethralschleimhaut nicht verursachen können, dafs somit in denjenigen Fällen, wo wir neben dem Epithel oder ohne dasselbe Eiter auftreten sehen, dieser durch ein anderes, spezifisch auf die Urethralschleimhaut wirkendes Agens hervorgerufen sein mufs. Dieses Agens ist der Gonococcus. Er ist der alleinige Urheber der Eiterung in der Urethra, und Urethritiden, die auf einer Infektion mit anderen Bakterien beruhen sollen, giebt es nicht, immer vorausgesetzt, dafs Eiterungen der Urethra, welche mit Tuberkulose, Lues, Ulcus molle, erysipelatösen Prozessen etc. zusammenhängen, ausgeschlossen werden können.

Um Irrtümern hinsichtlich der Heilung bei der mikroskopischen Untersuchung des Sekretes aus dem Wege zu gehen, empfiehlt es sich diese vorzunehmen:

1. nach genügend langer Urinretention, am besten des Morgens;

2. die erste Kontrollprobe etwa vier Tage nach Beendigung jeglicher Behandlung, besonders jeglicher Injektion; die zweite etwa zehn Tage später, eine dritte nach Verlauf von acht Wochen. Wenn sich nach Ablauf dieser Zeit keine Leukocyten mehr finden, so würde die Heilung zu konstatieren sein.

Dieses Postulat bezieht sich auch auf die im Urin noch vorhandenen Fäden und Flocken und ist viel rigoroser, als es die Bedingungen sind, unter denen W. Scholtz einen Tripper für geheilt erklärt und den Ehekonsens erteilen will. (Vergl. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 36.)

IV. **Bemerkungen zu vorstehender Arbeit des Dr. Leonhard Leven: „Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen?"** von W. Scholtz-Breslau. Der Verfasser erwidert auf die Behauptung Levens, „dafs das Vorhandensein von Gonokokken, beweisend für die Infektiosität des untersuchten Sekretes im Sinne einer Blennorrhoe" unter anderem folgendes: „Wir wissen im Gegenteil mit positiver

Sicherheit, daſs auch die leukocytenhaltigen Urinfilamente, welche häufig nach einer Blennorrhoe zurückbleiben, zum allergröſsten Teil nicht mehr auf Gonokokken zurückzuführen sind, daſs ihre Träger sich in der Ehe zum allergröſsten Teil als nicht infektiös erweisen. Dafür sprechen die vielfachen Erfahrungen zahlreicher Autoren, welche sich mit dieser Frage eingehend beschäftigt haben. Verfasser führt nach seinen Beobachtungen höchstens 10%, Casper nur 8% dieser chronischen Urethritiden mit epithel- und leukocytenhaltigen Urinfilamenten auf Gonokokken zurück. Für die Herkunft der Urinfilamente findet Verfasser eine Analogie in anderen chronischen nicht infektiösen Schleimhautkatarrhen z. B. der Nase, der Bronchien, des Uterus. Sie sind einmal auf meist herdweise, tiefgreifende Schleimhautveränderungen, welche nach der Blennorrhoe erwiesenermaſsen häufig zurückbleiben, andererseits wahrscheinlich auch auf Bakterien zurückzuführen, welche auf den erkrankten Stellen Fuſs zu fassen und zu wuchern vermögen, dadurch die Restitutio ad integrum dieser Partien verhindern und so Entzündungserscheinungen mäſsigen Grades hier dauernd unterhalten.

V. **Zur Histologie der Sklerodermia circumscripta**, von V. J. Zarubin-Charkow. Nach einer Übersicht über die einschlägige Litteratur beschreibt Verfasser einen in der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Jadassohn beobachteten, seltenen Fall von circumscripter Sklerodermie. Die Hautaffektion begann bei dem 44jährigen Patienten ohne jede nachweisbare Veranlassung vor drei Jahren in Form einer kleinen Platte auf der rechten Brusthälfte und verbreitete sich allmählich bis zur jetzigen Ausdehnung. Der Patient ist sonst gesund und klagt über keinerlei Beschwerden. Die Affektion ist charakterisiert durch zahlreiche, über den ganzen Körper zerstreute, verschieden groſse, nur sehr oberflächlich infiltrierte, oder im Niveau der Haut liegende, weiſsliche oder gelbliche, mehr oder weniger sklerotische Flecke, von denen einige von einem bläulichen Saume, dem „lilac ring“ umgeben sind. Der Prozeſs ist ein gutartiger, und die Herde zeigen Neigung zu spontaner Abheilung mit minimalster Atrophie. Das klinische Bild erinnert am meisten an die von Unna beschriebene „kartenblattähnliche“ Form der Sklerodermie, ohne sich jedoch mit derselben vollständig zu decken.

Verfasser beschreibt ausführlich die histologischen Befunde und vergleicht dieselben mit denen anderer Autoren. Auch histologisch kommt der vorliegende Fall Unnas kartenblattähnlicher Form am nächsten. Es handelt sich nach den Untersuchungen des Verfassers „zweifellos um einen Prozeſs, der die gewöhnlich als chronische Entzündung bezeichneten Veränderungen aufweist und der zu einer eigenartigen Degeneration des Bindegewebes und zu einer Anämie, ja selbst zu einem Verschluſs der kleinsten Gefäſse führt.“ Inwieweit auch der wirkliche Schwund der elastischen Fasern zum Prozesse gehört, möchte Verfasser nicht entscheiden.

Die Unterscheidung mehrerer Typen circumscripter Sklerodermie hält Verfasser bei dem geringen, bisher untersuchten Material für verfrüht.

VI. **Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands**, von R. Matzenauer-Wien. Der Hospitalbrand, früher namentlich zu Kriegszeiten ein wahres Schreckgespenst in den Hospitälern und Feldlazarethen, ist in der antiseptischen Aëra so selten geworden, daſs es viele Hospitalärzte giebt, die ihn nie beobachtet haben, vielleicht auch deshalb, weil sie das Krankheitsbild nicht hinreichend kennen gelernt haben.

Eine mustergiltige Schilderung hat Rosenbach in Band 6 der *Dtsch. Chirurgie* 1888 gegeben. „Der Hospitalbrand ist nach Rosenbach ein örtlicher Zerstörungsprozeſs der Gewebe. Er ist eine Wundinfektionskrankheit, welche sich nach Fläche und Tiefe kontinuierlich weiter verbreitet, das ergriffene Gewebe in einer spezifischen Weise entzündet und dann nekrotisiert und endlich die tote Substanz desselben, sowie

die gesetzten Exsudate durch einen, wie es scheint, ebenfalls spezifischen Zersetzungsprozeſs zu einem fauligen Detritus auflöst. Ist eine Zone des Gewebes ergriffen und mortifiziert, so wird inzwischen die konzentrisch angrenzende Zone in bestimmter, ringsum wesentlich gleicher Breite ergriffen, entzündet, mortifiziert etc."

Der Verfasser citiert aus der Litteratur weiter die Beschreibungen des Hospitalbrandes von DELPECH, HEINE, BLACKKADER, MARMY, PITHA, FISCHER, DEMME.

„Zur Verwechselung mit anderen Brandformen," meint der Verfasser, „hat wohl mehr der Name als die wirkliche, klinische Ähnlichkeit Veranlassung gegeben.

Die Nosokomialgangrän steht in keinerlei Beziehung zu den sogenannten spontanen Gangränformen, welche durch Thrombose, Diabetes, Leukämie oder eine unbekannte Ursache, wie bei den symmetrischen Gangränformen, entstehen. Auch die Gangränformen, welche infolge jauchiger Infiltration oder infolge von Urininfiltrationen vorkommen, sowie das brandige Absterben von Fingern, Hautpartien etc. durch Phlegmonen, Erysipel gleichen in nichts der hospitalbrandigen Einschmelzung (ROSENBACH). Ausgeschieden von der Nosokomialgangrän müssen auch jene Prozesse werden, welche unter dem Namen Gangrène foudroyante, Gangrène gazeuse, Gangraena septica scutissima, Panphlegmone gangraenosa, diphtherische Phlegmone, heiſser Brand, Gasphlegmone etc. beschrieben und erst in neuerer Zeit bekannt geworden sind."

Die Lokalisation, wo relativ am häufigsten heutzutage die Gangrän zur Beobachtung kommt, ist die Genito-Analregion.

Die vom Verfasser beobachteten Fälle von Hospitalbrand sind nicht in der Wiener Universitätsklinik selbst entstanden, sondern alle schon mit entwickelten gangränösen Geschwüren zur Aufnahme gelangt. Kein einziger dieser Fälle gab zur Weiterverbreitung der Krankheit Anlaſs.

Die „Ulcera gangraenosa" charakterisieren sich nach den Beobachtungen des Verfassers durch Auflagerung eines schmutziggrauen, graugrünlichen bis schwärzlichen Belages von variabler, manchmal mehrere Centimenter Dicke; der Belag ist gelatinös pastös, schlammartig oder zunderartig zerfallen, sieht aus wie ein Schorf mit ätzender Säure; rund um den Geschwürsrand ist ein schmaler, hellroter Entzündungshof; die Geschwüre verbreiten einen penetrant fauligen Geruch. Dabei bestehen zumeist Fiebererscheinungen.

Diese Geschwüre können am Genitale sowohl selbständig und primär als solche auftreten, oder sich zu einer bereits bestehenden venerischen Affektion hinzugesellen, wodurch diese letztere allsogleich ihren Charakter verliert und durch die Gangrän substituiert wird.

Ist das Geschwür progredient, so ist der Rand meist schräg abgeflacht, wie die Facette einer Spiegeltafel, von grünlichweiſser Farbe, ähnlich wie bei einer infiltrierenden Streptokokkenphlegmone, etwa 1—5 mm breit, je nach der Tiefe, bis zu welcher der Rand vom normalen Hautniveau sich zum Geschwürsrand ausdehnt, ein schmaler hellroter Entzündungshof. Auch vom grünlichweiſsen Rand läſst sich kein Eiter oder doch nur geringe Menge Detritus abstreifen, es ist sichtlich kein eitriger, sondern ein dünner, fibrinöser, diphtheroider Belag.

Ist der Geschwürsrand nicht mehr progredient, sondern bereits stationär, so ist er scharf und steil abfallend, wie mit dem Messer ausgeschnitten, seltener stellenweise unterminiert oder wie angenagt und es lassen sich Fetzen und Bröckel schmutziggrauen Gewebsdetritus, die oft wie dicke Eiterpfröpfe in delligen Vertiefungen und Nischen sitzen, vom Grunde des Geschwüres abheben. Immer verbreiten derartige Geschwüre einen penetrant üblen Geruch nach verwesendem Fleische.

Verfasser schlieſst an diese allgemeine Beschreibung des Hospitalbrandes die Krankengeschichte eines prägnanten Falles an. (Fortsetzung folgt.)

VII. **Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis**, von CARL GROUVEN-Bonn. In dem mit „Allgemeines“ überschriebenen Abschnitte der vorliegenden Arbeit zeigt Verfasser, wie jede geringe Abweichung in den Erscheinungen des Pemphigus als besondere Varietät angesehen wurde und zur Aufstellung neuer Typen geführt hat, die ihrerseits wiederum nicht wenig zur Verdunkelung des eigentlichen Pemphigusbildes beigetragen haben. Auch hinsichtlich der Bezeichnung „Pemphigus chronicus“ herrscht zur Zeit noch eine gewisse Unsicherheit. So werden Pemphigusfälle subakuten Verlaufes von den einen dem Pemphigus acutus, von anderen Autoren dem Pemphigus chronicus zugerechnet. Es ist auch schwer eine absolute Grenze zu ziehen, wo eine Krankheit aufhört akut zu sein, und wo sie anfängt chronisch zu werden.

„Die Chronizität des Pemphigus charakterisiert sich durch wiederholte Nachschübe neuer Blaseneruptionen, sei es breits vor oder kurz nach Abheilung der vorhandenen Efflorescenzen, sei es in größeren durch Latenzperioden getrennten Intervallen.“

Bei allen Abweichungen in den Erscheinungen sowohl, wie im Verlaufe der einzelnen Pemphigusfälle lassen sich doch vier von einander wohl unterschiedene Typen des Pemphigus chronicus aufstellen: 1. der Pemphigus vulgaris; 2. der Pemphigus foliaceus (CAZENAVE); 3. der Pemphigus vegetans (NEUMANN); 4. die Dermatitis herpetiformis (DUHRING).

Verfasser giebt im folgenden unter sehr eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur eine ausführliche Symptomatologie dieser vier Typen. (Fortsetzung folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band VIII. Heft 1. 1901.

I. **Lichen ruber pemphigoides**, von BETTMANN-Heidelberg. In einer geringen Anzahl von Fällen ist im Verlaufe des Lichen ruber planus das Auftreten von Blasen und Bläschen beobachtet worden. Verfasser beschreibt einen hierhergehörigen Fall bei einem 12jährigen Mädchen, das seit einem halben Jahre an einer intensiv juckenden Hautaffektion des Halses, Nackens, der Lendengegend und Handgelenksbeugen leidet. An den erwähnten Stellen zeigten sich trockene, rote, derbe, leicht schuppende Plaques, in deren Umgebung gedellte, wachsartig glänzende Knötchen isoliert oder in kleinen Gruppen zu sehen waren und die Diagnose ermöglichten.

Unter der Behandlung mit Solutio Fowleri heilte die Krankheit im Verlaufe von etwa zehn Wochen langsam ab. In der sechsten Woche der Arsenmedikation traten im Bereiche der erkrankten Lumbalhaut 6—8 erbsengroße, mit heller Flüssigkeit gefüllte Bläschen auf, die innerhalb weniger Tage eintrockneten und ohne Spuren zu hinterlassen verschwanden. Verfasser hält die Blasenbildung für eine Nebenwirkung des Arsens, läßt jedoch die Möglichkeit zu, daß es sich um eine besondere circumscripte Involutionsveränderung des Lichen ruber gehandelt haben könnte. Ähnliche Fälle beschreiben KAPOSI, RONA und einige andere Autoren. Verfasser citiert in kurzen Inhaltsangaben die bisher in der Litteratur publizierten analogen Fälle und erörtert folgende Fragen:

1. Stellen die blasenbildenden Formen des Lichen ruber eine besondere, atypische Abart der Krankheit dar, und zwar den Lichen ruber pemphigoides im Sinne KAPOSIS?

2. Ist die Blasenbildung nicht eine Folge der Erkrankung selbst, sondern eine Nebenerscheinung der angewandten Therapie, d. h. des Arsenikgebrauchs?

3. Handelt es sich um eine Kombination von Lichen ruber und Pemphigus, d. h. um ein mehr zufälliges Nebeneinander zweier verschiedener Hautkrankheiten?

Verfasser giebt zu, dafs man bei seinem ersten mitgeteilten Falle eine Arsennebenwirkung als Ursache der Blasenbildung werde annehmen müssen, dafs dagegen bei dem zweiten von ihm sehr ausführlich beschriebenen Falle der Lichen ruber pemphigoides im Sinne Kaposis vorliege, da der Patient beim Eintritt in die Heidelberger medizinische Klinik die pemphigoide Eruption schon zu einer Zeit zeigte, wo noch keinerlei innerliche Medikation stattgefunden hatte. (NB. Wohl aber eine äufserliche. Aus der Anamnese geht hervor, dafs der Patient die Beine mit einer ihm vom Arzte verordneten Salbe eingeschmiert hatte und schon am nächsten Morgen Blasen zuerst am rechten, dann am linken Unterschenkel bekam, die später auch an solchen Stellen ausbrachen, welche vorher nicht eingeschmiert worden waren. Dafs Salben oder andere Medikamente äufserlich auf eine Hautstelle appliziert unter Umständen zu einem universellen Ausschlag führen können, ist eine bekannte Thatsache, für welche der im folgenden Aufsatze mitgeteilte Fall von A. Berliner zufällig ein prägnantes Beispiel abgiebt. Somit kann der vom Verfasser beschriebene Fall von Lichen ruber pemphigoides nicht als gänzlich einwandsfrei erklärt werden. Ref.)

II. **Über schwere Formen von Merkurialexanthemen,** von Alfred Berliner-Berlin. Eine 42jährige, früher stets gesunde Frau acquiriert Syphilis und macht eine Schmierkur durch. Schon nach den ersten Einreibungen (à 3 g Ung. cin.) trat ein Ausschlag an den Beinen auf, welcher sich auch nach dem Aussetzen der Inunktionen über den ganzen Körper verbreitete. Beim Eintritt der Patientin ins Krankenhaus war ihr Gesicht ödematös geschwollen, gedunsen und gerötet, der ganze Rumpf von zahlreichen, mit den Follikelmündungen zusammenfallenden Petechien bedeckt, während die umgebenden Hautstellen eine scharlachrote, wegdrückbare Färbung und teils kleienförmige, teilweise lamellöse Desquamation aufwiesen. Die Extremitäten waren ähnlich befallen. Nur an den Hand- und Fufsrücken, sowie den Unterarmen war die Epidermis in breiten, flachen Blasen abgehoben. Die bullösen Eruptionen wurden in den nächsten Tagen zahlreicher, namentlich als die Patientin an einer Pneumonie erkrankte, die nach der Ansicht des Verfassers aus den Pemphigusblasen in die Blutbahn verschleppte Eitererreger hervorgerufen haben. Es gelang durch konstante Wärmezufuhr mittels des Phönix-Schwitzapparates die gefahrdrohenden Kollapsanfälle der Patientin zu beseitigen. Die Blasen an den Extremitäten trockneten ein, das starke Nässen hörte auf. Beim Abheilen nimmt die Haut eine dunkle Pigmentation an, sodafs die Patientin beim Verlassen des Hospitals wie eine Mulattin aussah. Über starken Juckreiz klagte dieselbe noch lange Zeit später.

Man wird in dem vorliegenden Falle nicht eine Quecksilberintoxikation für die Hauterscheinungen verantwortlich machen, dazu waren die Dosen zu gering. Es liefs sich nicht einmal Quecksilber im Harn nachweisen.

Verfasser möchte den Zustand als „reine Idiosynkrasie" bezeichnen und durch die Annahme einer Reflexwirkung auf die vasomotorischen Ganglien erklären.

III. **Eine praktische Signiermethode für Präparate,** von Paul Richter-Berlin. Zum Signieren von Glas, beispielsweise Objektträgern, Flaschen etc. empfiehlt Schöbel eine weifse Tinte nach der Formel:

℞ *Wasserglas*	3—4 Teile
Chinesisch permanent Weifs	1 Teil.

Die Formel für Schöbels schwarze Tinte lautet:

℞ *Wasserglas*	1—2 Teile
Flüssige, chinesische Tusche	1 Teil.

Verfasser hat diese ziemlich teuren Tinten billiger hergestellt, indem er die Sonnenschen Vorschrift etwas modifiziert und zwar für die weiſse Tinte:

℞	*Schwefelsaures Baryt*	20,0
	10%ige Gummi arabicum-Lösung	10,0
	Natronwasserglas	20 Teile
	Destilliertes Wasser	5 Teile.

Chinesisch permanent Weiſs ist nämlich nichts anderes, als schwefelsaures Baryt in Gummi arabicum-Lösung suspendiert.

Zum Schreiben bedient sich Verfasser der Sonnenckenschen Rundschriftfeder No. 6.

IV. **Demonstrationen über die Unterscheidung zwischen Syphilis und Hautkrankheiten,** von O. Lassar-Berlin. Verfasser hat auf Veranlassung des Kultusministeriums in der Charité eine Reihe von Vorlesungen über die Unterscheidung zwischen Syphilis und Hautkrankheiten gehalten und zur Illustration derselben Kranke, Präparate, mikroskopische und Diapositivbilder demonstriert, unter anderen eine ältere Patientin, deren Gesicht von wulstigen, granulierenden, im Centrum destruktiv und narbenbildend sich verhaltenden Neubildungen bedeckt ist. Zahlreiche in das Neugewebe eingesprengte grauglasige, transparente Knötchen erinnern lebhaft an Lupus, während wulstige, halbkreisförmig gebogene Ränder, kugelig aneinandergereihte, geschwulstartige Hervorstülpungen, ebenso der gelbgrünlich eingetrocknete Belag zahlreicher muldenförmiger Ulcerationen das Bild der Syphilis darbieten. Die Darreichung von Jodkalium bewirkte innerhalb weniger Tage eine derartige Besserung, daſs an der luetischen Natur der Affektion nicht mehr zu zweifeln war. Zuweilen kommen Mischformen, Kombinationen von Hauttuberkulose und Syphilis, wie Verfasser an einem vorgestellten Patienten beweist.

Eine demonstrierte Kranke sieht auf den ersten Blick aus, als ob sie unreinen Teint, Acne vulgaris des Gesichts habe. Eine Anzahl eigenartig in Kreisen und Gruppen angeordneter, bräunlichroter, halbkugeliger Papeln, weiter die Kopfschmerzen, die Anämie, der Haarverlust, die Drüsenschwellungen am Nacken etc. geben trotz des Mangels aller anamnestischen Anhaltspunkte die Gewiſsheit, daſs es sich im vorliegenden Falle um Lues handele.

Weiter wird eine jugendliche Patientin vorgestellt, die wegen Syphilis in der Anstalt des Verfassers beobachtet und behandelt worden war. Sie zeigt gegenwärtig am ganzen Körper einen stark juckenden Ausschlag, der charakterisiert ist durch flachkantige, karmoisinfarbige, bläulichpfirsichrote, mit einer Delle versehene Knötchen. Es läge nahe, den Ausschlag als kleinknotige Syphilide anzusehen. In Wirklichkeit jedoch hat man es mit einem Lichen ruber zu thun, gegen den man innerlich oder subcutan Arsen, äuſserlich Unnasche Karbolsublimatsalbe oder die gemilderte Wilkinsonsche Teer-Schwefelsalbe (Ol. Rusci 15,0, Sulfur. sublim. 15,0, Sapon. dom. 30,0, Vasel. flav. 30,0, Cretae alb. 10,0) mit Erfolg anwenden mag, während eine spezifische Kur sicherlich versagen würde.

Zur Unterscheidung der Syphilis von Psoriasis, Alopecia, Erythema annulare, Epitheliom etc. werden vom Verfasser entsprechende Patienten vorgeführt.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 1.

Untersuchungen über die Kultur des Ducrey'schen Bacillus, von F. Bezançon, V. Griffon und L. Le Sourd. Den drei, in der Aufschrift genannten For-

schern ist es endlich gelungen, ein Verfahren und einen Nährboden zu finden, mit Hülfe deren der Bazillus des weichen Schankers sich züchten läßt. Der Nährboden besteht aus Blut, das mit zwei Teilen Gelatine gemischt wird; man kann arterielles oder venöses Blut vom Menschen, vom Hund oder vom Kaninchen verwenden; letzteres Blut erwies sich am geeignetsten. Die Einzelheiten der Technik, der Entnahme des Eiters aus dem Schanker oder dem Bubo wolle man im Original nachlesen. — Als weitern sehr günstigen Nährboden bezeichnen die Verfasser auch das nicht koagulierte Serum des Kaninchenblutes. Die Kolonien, die man erhält, sind etwas verschieden, je nachdem man einen festen oder einen flüssigen Nährboden benutzt, immer aber bekommt man schon nach 24 Stunden sehr schöne Kulturen, die sich auf der Blut-Gelatine-Mischung bis zu drei Wochen am Leben halten, auf dem flüssig serösen Nährboden aber bald wieder absterben.

Als zweiten, wichtigen Befund führen die Verfasser an, daß es ihnen auch in allen Fällen von Bubonen-Eitern — es standen ihnen allerdings nur zwei solche Fälle zur Verfügung — gelang, den Ducrey'schen Bacillus nachzuweisen. Damit scheint diese vielumstrittene Frage, ob auch der Bubonen-Eiter den fraglichen Bacillus enthält, endgültig im bejahenden Sinne gelöst zu sein.

Mit den erhaltenen Kulturen haben die Verfasser einen der Patienten, der bereits Träger eines weichen Schankers war, zu drei verschiedenen Malen geimpft und jedesmal wiederum ein regelrechtes Ulcus molle erhalten, dessen Eiter abermals die nämlichen Kulturen lieferte. Somit scheint die Beweiskette geschlossen zu sein.

Über Leukoplasia vulvo-analis und ihre Beziehung zur Kraurosis vulvae, von Léon Perrin-Marseille. P. sucht aus der Symptomatologie und dem histologischen Befund bei der Kraurosis und der Leukoplasia vulvae den Nachweis zu erbringen, daß beide Formen nur verschiedene Grade einer und der nämlichen Erkrankung darstellen und daß die einzige und notwendige Therapie in der blutigen Entfernung aller erkrankten Teile bestehe, da sonst der Übergang in Epitheliom und Krebs zu befürchten ist. Die beiden mitgeteilten Krankengeschichten dienen der Auffassung zur Stütze; durch die Operation wurden alle Beschwerden dauernd beseitigt.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 1.

1. **Bemerkungen über die Indikationen der Sectio alta bei der Behandlung der Blasensteine**, von Guyon. Klinische Vorlesung, in welcher Guyon seinen Hörern die allgemein anerkannten Indikationen und daneben die Gefahren der Sectio alta bei der Behandlung der Blasensteine klargelegt.

2. **Die Hernie der Blase mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese, klinische und experimentelle Untersuchungen**, von B. Alessandri. Fortsetzung im nächsten Heft.

3. **Ein Fall von Nierentuberkulose**, von Paul Delbet. Bei einem 62jährigen Manne entwickelte sich nach einem Influenzaanfall unter abendlichen Temperatursteigerungen und starker Abmagerung ein linksseitiger, großer fluktuierender indolenter Nierentumor; aus demselben entleerten sich bei der Nephrotomie ca. 5 Liter blutig-seröse Flüssigkeit, sowie eine große Menge rotbraun gefärbter, käsiger Massen. Die histologische und bakteriologische Untersuchung zeigte, daß es sich um Tuberkulose handelte. Der Zustand des Kranken wurde durch die Operation nicht gebessert; der Nierensack wurde deshalb noch mehrere Wochen zweimal kurz hintereinander kurettiert, nach der zweiten Ausschabung wurde jeden anderen Tag

Jodoformäther in den Sack injiziert. Daraufhin erholte sich der Kranke rasch und vollständig, er behielt nur eine kleine Fistel zurück, aus der sich klare, urinartige Flüssigkeit in geringer Menge entleerte. Vierzehn Monate später traten wieder abendliche Temperatursteigerungen, sowie starke Abmagerung und Pollakiurie auf. Injektion von Methylenblaulösung in den Fistelkanal zeigte, dafs der Ureter undurchgängig war. Es wurde nun nephrektomiert und ein ca. 6 cm langes Stück des Ureters resesiert. Dieser Eingriff führte zur vollkommenen Heilung; zur Zeit (ca. ein Jahr nach der Operation) ist der Mann vollständig gesund. Wenn in diesem Falle niemals Pyurie aufgetreten war, so wird das dadurch erklärt, dafs die primäre Kaverne am unteren Nierenpol gelegen war und mit dem Nierenbecken und dem Ureter nicht in Kommunikation stand.

4. **Urethro-Prostatitiden geheilt durch Spülungen der Pars posterior urethrae**, von André Montfort. Die Cystitis der Prostatiker ist sehr häufig durch eine Infektion des hinteren Teiles der Harnröhre kompliziert. In solchen Fällen mufs neben der Cystitis auch die Urethro-Prostatitis behandelt werden und zwar am besten mit den von Guyon empfohlenen Spülungen („Gargarismen"). Das Verfahren ist folgendes: Mit Hülfe eines möglichst dicken, mit zwei weiten Augen versehenen elastischen Katheters wird die Blase mit Borsäurelösung ausgespült; der Katheter wird dann soweit zurückgezogen, bis der Ablauf der Flüssigkeit aufhört. Nun injiziert man durch wiederholte kräftige Spritzenstöfse Borsäurelösung und reinigt so die Pars prostatica urethrae, die injizierte Lösung wird durch den wieder in die Blase vorgeschobenen Katheter entfernt. Dieses Manöver wird in jeder Sitzung mehrmals ausgeführt, zum Schlusse werden Blase und Urethra mit Höllensteinlösung (1,0:1000,0 bis 1,0:500,0) ausgespült. Das Verfahren führt in den meisten Fällen sehr rasch zum Ziele. Sind auch die Prostatadrüsen affiziert, so mufs vor den Spülungen jedesmal die Prostata massiert werden.

5. **Modifikation des Urethrotoms nach Maisonneuve**, von Nicolich-Triest. Die hier beschriebene Modifikation des Maisonneuveschen Urethrotoms macht das Zurückziehen des Metallkonduktors nach der Incision unnötig; es wird nur der erweiterte Teil, der das Instrument während der Einführung und während der Incision hält, abgenommen und der gerade Stiel an den Metallkonduktor angeschraubt. Auf diesem gleitet der Katheter dann leicht bis in die Blase vor. Die gleiche Modifikation wurde schon früher von Coliva und von Jamin beschrieben, der Verfasser nimmt aber die Priorität für sich in Anspruch. Der Verfasser empfiehlt ferner, am äufseren Ende der Mercier-Katheter eine deutlich sichtbare und fühlbare Marke anzubringen, welche die Richtung des Schnabels genau anzeigt. *Götz-München.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1900. Heft 12.

Aus dem Unna'schen Laboratorium für Dermatologie in Hamburg.

Versuche einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Coccen, nebst Bemerkungen über eine wissenschaftliche Klassifikation der Coccen im allgemeinen, von Louis Mobberg-Stockholm und P. G. Unna. Zur Untersuchung diente den beiden Autoren poliklinisches Material, das ihnen 77 einzelne Fälle von Ekzem lieferte. Dabei wurde zwischen den einzelnen Formen des Ekzem kein Unterschied gemacht und keine Auswahl getroffen. Nur waren die Untersucher bemüht, ein mannigfaltiges Material zusammen zu bekommen; eine Epidemie von Eczema pityriasiforme in einer Volksschule kam ihnen dabei sehr zu statten.

Da es in der Absicht lag, die gesammte Flora des Ekzems zu untersuchen, so

wurden die Präparate den Patienten entnommen, bevor sie irgend einer Behandlung oder irgend einer Reinigung unterzogen waren. Die Kulturen wurden selbstverständlich nach den Geboten der Asepsis angelegt. Bei jedem Patienten wurde von verschiedenen Körperteilen Material entnommen. Als Nährboden diente Liebig-Gelatine; Glasröhren-Kulturen erwiesen sich am zweckmäfsigsten. Durch dieses Verfahren, dessen Einzelheiten im Text nachzulesen sind, erzielten die Verfasser 197 Reinkulturen. Nach Entfernung aller Bazillen- und Streptococcen-Kulturen, die nach Ansicht der Verfasser für die Aetiologie des Ekzems ganz bedeutungslos sind, blieben noch 145 Coccen-Kulturen zur Untersuchung übrig. Aus diesen konnten sie, nach eingehendster Prüfung ihrer physiologischen und histologischen Eigenschaften, 28 Gruppen oder Typen zusammenstellen, die sich jede in wesentlichen Punkten ihres Wachstums oder ihres morphologischen Verhalten von jeder andern unterschied. Eine Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Verhältnisse dieser 23 Gruppen, ihres Wachstums auf den verschiedenen Nährböden u. s. w. ist der Arbeit beigegeben.

Über eine ererbte und angeborene Atrophie der Haut der Hohlhand (Brachydermia palmaris), von Audry und Dalous-Toulouse. Die jetzt 28j. Patientin hat ihr Leiden unverändert seit ihrer Kindheit, wird aber in keiner Weise davon belästigt. Dieses Leiden, das an der linken Hand etwas weniger ausgesprochen ist, als an der rechten, besteht in einer straffen Spannung der Haut der Palma manus, so dafs Verkrümmungen der Finger entstehen, die Gelenkfalten zum Teil verstrichen sind und die stellenweise nicht in Falten aufgehoben werden kann. — Es handelt sich hier nicht um eine Erkrankung, etwa um eine Schrumpfung der Aponeurosis palmaris, wie bei der Maladie de Dupuytren, sondern um eine angeborene Anomalie, bedingt nach Ansicht der Verfasser, durch das Fehlen oder die behinderte Entwicklung des Unterhautzell- und des Fettgewebes an den betreffenden Stellen. — Die Mutter der Patientin weist ähnliche, anscheinend gleichfalls angeborene Veränderungen an den Händen auf.

Über ein Angio-Epithelioma der Haut von Ch. Audry-Toulouse. Träger dieser Neubildung ist 45 Jahre alt, Syphilitiker. Die Neubildung sitzt über der rechten Augenbraue und besteht aus einer scheibenförmigen Plaque von etwa 1½ cm Durchmesser; sie ragt kaum über die Umgebung hervor, ist hart und über ihrer Unterlage verschiebbar; die sie bedeckende Epidermis trägt zahlreiche kleine Varikositäten. Der Tumor besteht unverändert seit mehreren Jahren und hat mit Syphilis nichts zu thun. Operation. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dafs es sich um ein Epithelioma von langsamem Verlaufe mit allen histologischen Eigenschaften eines Ulcus rodens handelt, das aber mit einem oberflächlichen Angioma kombiniert war. Es lagerten nämlich zwischen den epitheliomatösen Flächen grofse mit roten Blutkörperchen ausgefüllte Hohlräume. Ein Endothelium konnte A. an ihren innern Wänden freilich kaum entdecken. Ob nun das Epitheliom oder das Angiom das primäre war, ob beide gleichzeitig entstanden, wagt er nicht zu entscheiden. Er neigt zur Cohnheimschen Ansicht, dafs der Tumor aus einem kongenital verschleppten Keim erst spät zur Entwicklung gekommen sei.

1901. Heft 1.

Die Haut- und Geschlechtskrankheiten in Marokko von L. Raynaud-Algier. R. benutzte einen vorübergehenden amtlichen Aufenthalt in Marokko, um sich über die Hautkrankheiten des Landes zu unterrichten. Auf Vollständigkeit machen seine Mitteilungen keinen Anspruch.

Die Syphilis ist in Marokko sehr verbreitet, aber nur die Stadtbewohner

unterziehen sich einer spezifischen Behandlung durch europäische Ärzte. Auf dem Lande schliefst man sich 40 Tage in ein verdunkeltes Zimmer ein, befolgt eine bestimmte Diät und trinkt Sassaparilla. — Diese Lichtentziehung wird auch beim Biſs durch einen tollen Hund angewandt. — Aufserdem sind bei Syphilis die heifsen Schwefelquellen von Mouley Yacoub bei Fez sehr beliebt. — Gegen den Tripper sind Kräutertränke in Gebrauch.

Die marokkanischen Ärzte unterscheiden neun verschiedene Hautkrankheiten, darunter als wichtigste die Lepra. Eine Leproserie, El Hara genannt, besteht zur Zeit noch bei Marrakesh und hat ungefähr 200—300 Einwohner, von denen aber kaum einer leprös ist. Die Leute werden ohne ärztliche Untersuchung für leprös erklärt, müssen als solche getrennt wohnen und zwar, wie im Mittelalter bei uns, besondere Kleidung und eine Glocke tragen. Doch wird die Trennung, trotzdem man in Marokko den Aussatz für ansteckend hält, nicht überall streng durchgeführt und wirklich Lepröse laufen in Stadt und Land frei umher. Von einer Behandlung will die Bevölkerung bei ihrem Fatalismus nichts wissen.

Von andern Hautkrankheiten hat R. namentlich Skrofulose und verschiedene Formen von Elephantiasis beobachtet. — Der Favus ist sehr verbreitet, Trichophytiasis dagegen selten.

Ob auch andere Hautkrankheiten wie Aktinomykose, Pied de Madura u. s. w. in Marokko vorkommen, konnte R. bei seinem kurzen Aufenthalt nicht ermitteln.

Türkheim-Hamburg.

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. Februar 1901.

I. **Trophische Störungen der Füfse; ein Fall von asymmetrischer Sklerodaktylie mit RAYNAUDschen Erscheinungen**, von F. P. WEBER - London. Der 25jährige Patient, von Geburt Deutscher, war bis zu seinem 23. Lebensjahre völlig gesund. Er hat niemals Europa verlassen. Ende März 1898, als er etwa zwei Monate in England war und in Brighton ohne Stellung sich befand, bekam er eines Tages eine Schwellung beider Beide. Irgend eine Verletzung oder Schreck waren nicht vorangegangen. Die Füfse, namentlich der linke, waren geschwollen, gespannt und schmerzhaft. Die Schwellung ging innerhalb von 14 Tagen fast ganz zurück; dafür traten Blasen an den Fufssohlen und oberflächliche Gangrän an beiden Fersen und über den Metatarso-Phalangealgelenken beider grofsen Zehen auf. Die vierte Zehe des linken Fufses wurde schwarz und fiel Ende Mai 1898 ab, ihr folgte im nächsten Monat die fünfte Zehe nach. Den Patienten ergriff die Verzweiflung und er versuchte Selbstmord, der aber mifslang. Nachdem Patient sich von seiner schweren Schufswunde erholt hatte, wurde er von Melancholie befallen und in eine Irrenanstalt gebracht, die er Anfang November 1900 verliefs. Während des Aufenthaltes in der Anstalt stellte sich im linken Bein eine spastische, persistierende Kontraktur (Pes equinus), verbunden mit zeitweilig auftretenden, heftigen, rhythmischen klonischen Krämpfen und hochgradiger Hyperästhesie. Als der Patient das deutsche Hospital in London aufsuchte, zeigte er purpurrote Flecke und Geschwüre auf dem linken, und ähnliche leichteren Grades auf dem rechten Fufs. Unter Ruhe und einfachen Verbänden besserte sich der Zustand; die Zuckungen der linken Extremität hörten ganz auf.

Der Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose, für welche Syringomyelie, Lepra, periphere Neuritis, RAYNAUDsche Krankheit, Sklerodaktylie in Betracht kämen. Der Symptomenkomplex im vorliegenden Falle deckt sich mit keiner der

erwähnten Krankheiten. Wohl kann man eine Kombination von Sklerodaktylie und Raynaudschen Erscheinungen annehmen.

II. **Über den Wert allgemeiner Prinzipien beim Studium der mikroskopischen Anatomie**, von J. Macleod - London. Solche Prinzipien, die bei der Entwickelung verschiedener pathologischer Zustände der Haut eine wichtige Rolle spielen, sind mehr oder weniger alle so bekannt und selbstverständlich, dafs man leicht geneigt ist, sie zu vernachlässigen und zu unterschätzen. Verfasser hält es deshalb für nützlich, einige derselben hervorzuheben und einer kurzen Betrachtung zu würdigen.

1. Das erste Resultat der Reizung eines Gewebes ist eine Hypertrophie desselben, wie wir dies beispielsweise bei den durch Druck entstandenen Schwielenbildungen sehen, die nichts anderes als Hypertrophien des Stratum corneum sind.

2. Eine länger dauernde Irritation neigt eine Gewebsatrophie hervorzurufen. Bei papulösen Syphiliden, Lupusknötchen, Lichen planus-Papeln entsteht unter dem Drucke der cellulären Infiltration im weiteren Verlaufe Hautatrophie.

3. Bevor eine bösartige Proliferation eines Gewebes auftreten kann, ist es notwendig für die einzelnen Zellen jenes Gewebes auf einen einfacheren Typus zurückzugehen. So produzieren die Mutterzellen beispielsweise des Rete Malpighii zuerst Tochterzellen desselben, das sind die Stachelzellen, und diese gehen im weiteren Verlaufe chemische und physikalische Veränderungen ein, welche zur Bildung einer Hornzelle führen.

4. Je differenzierter ein Gewebselement wird, desto weniger geneigt ist es zu proliferieren.

5. Wenn eine wohl differenzierte Zelle, bevor die Proliferation beginnen kann, auf einen mehr embryonalen Typus zurückgeht, so kommt es vor, dafs es unmöglich ist, diesen Typus von dem Ursprungstypus zu unterscheiden.

6. Die Malignität in einem Gewebe ist gewöhnlich vergesellschaftet mit einer niederen Produktionsform, als sie normaler Weise sich findet.

7. Wenn die embryonalen Zellen aufhören, amitotisch sich zu proliferieren, so neigen sie zu rapidem Zerfall. *C. Berliner-Aachen.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1900. Heft 5.

Framboesia brasiliana oder Boubas, von A. Breda. Verfasser hat früher schon diesen Gegenstand behandelt und einzelne Fälle beschrieben. Im Ganzen verfügt er nun über ein Material von 14 Fällen, welche sich sämtliche in Brasilien ihre Krankheit holten; 13 beziehen sich auf Männer, dem gegenüber steht eine einzige Frau. Bei allen diesen Patienten waren ausschliefslich die unbedeckten Körperpartien befallen: Hände, Füfse, Vorderarme. Unterschenkel, Ohrmuschel. Der Procefs läuft ausnahmslos in der Haut und in der Schleimhaut ab, während die darunter gelegenen Gewebe frei bleiben. Von den Schleimhäuten sind die oberen Luftwege betroffen: Nase, harter und weicher Gaumen, Pharynx, Larynx. Die Symptomatologie der Boubas, welche Verfasser hier wieder beschreibt, ist anderweitig bereits gegeben worden. Die Affektion hat weder mit Syphilis noch mit Tuberkulose etwas zu thun, sondern stellt eine selbständige, endemische, granulomatöse, bacilläre Affektion dar, von stets chronischem Verlaufe, welche auf der Haut und den Schleimhäuten erosivfungöse, maulbeerförmige, kompakte Läsionen erzeugt, die sich in charakteristischer Weise ausbreiten. Subjektive Beschwerden fehlen so zu sagen vollständig. Die Prognose ist günstig, so lange sich die Affektion nur auf die Haut beschränkt, indem sie nach 6—30 Monaten mit Hinterlassung von Narben heilt. Bezüglich der Behand-

lung führen Quecksilber und Jod zu keinem günstigen Resultate. Indiziert sind allein allgemeine hygienische und stärkende Maßnahmen und, lokal, Antiseptica; eventuell muß zu heroischeren Mitteln gegriffen werden; Thermokauter, Auskratzung, Excision. Über den spezifischen Parasiten der Boubas, einen Bacillus, haben der Verfasser, sowie Majocchi und Bosellini früher schon berichtet.

Über die Alopecia areata, von Mibelli. In extenso in dieser Zeitschrift erschienen, siehe Bd. 32, S. 231.

Abnorme squamoese Dermatosen, von Casoli. Als Typen der squamösen Dermatosen betrachtet Verfasser die Psoriasis, die Pityriasis und die Ichthyose. In der vorliegenden Nummer werden die abnormen Formen der Psoriasis beschrieben und nach ihren morphologischen Kennzeichen (ekzemartige, pityriasisartige, verruköse, lichenoide Psoriasis, Psoriasis mit follikulären Läsionen, Psoriasis papillaris fungoides, rupioides), nach der Verteilung der Elemente (Psoriasis circumscripta, invertita, Psoriasis der Schleimhäute), nach ihrem Ursprung (traumatische, postvaccinale, neurotische Psoriasis) gruppiert.

Habituelle traumatische Epidermolysis bullosa, von L. Philippson. Es handelt sich um eine 51jährige Frau, welche seit ihrem 24. Jahre, angeblich einige Jahre nach einem heftigen Schreck, an Blaseneruptionen litt, welche sich ausschließlich an den Hand- und Fingerrücken lokalisierten, meist nach einem leichten Stoße und hauptsächlich in der heißen Jahreszeit auftraten. Dazu gesellten sich später in einem Zwischenraume von 2 Jahren an beiden Zeigefingern Panaritien, welche zur vollständigen oder beinahe vollständigen Nekrose des letzten Phalangealknochens führten. Endlich konstatierte man in den letzten Jahren eine Atrophie aller Fingerspitzen mit subungualer Hyperkeratose. Die Sensibilität blieb überall mit Ausnahme der atrophischen Fingerspitzen unverändert. Obwohl trophische Störungen nicht zum gewöhnlichen Bilde der Epidermolysis bullosa gehören, haben doch einzelne Autoren (Hallopeau, Vidal, Augagneur, Herzfeld) solche beschrieben, weshalb Verfasser an seiner Diagnose festhält. Da es sich aber bei der Patientin weder um ein hereditäres noch um ein congenitales Leiden handelte, mußte die übliche Bezeichnung der Affektion etwas abgeändert und durch die Beiwörter habituell und traumatisch ergänzt werden.

Zur Ätiologie des Boubas, von Majocchi. In einer in den Verhandlungen der italienischen Gesellschaft für Dermatologie enthaltenen kritischen Notiz über diese Frage hatte Campana die Spezificität der von Majocchi entdeckten Bazillen des Boubas angezweifelt. Dem gegenüber hält Verfasser an seinen früheren Behauptungen fest und stützt dieselben durch die bereits früher angeführten Thatsachen: Positives Resultat der Inokulationen auf Tiere und Menschen etc. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Trattato italiano di Chirurgia, herausgegeben von hervorragenden Professoren und Specialisten. V. Band, II. Teil. (Fr. Vallardi, Mailand, Jahrgang nicht angegeben.)

Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane, von A. Berda. Der Verfasser, Direktor der dermosyphilopathischen Klinik zu Padua, behandelt auf 250 Seiten Großoktav in drei Abschnitten die Krankheiten des Penis, des Skrotums und des Hodens mit den Vasa deferentia. Da der Verfasser nicht eigentlich Chirurg von Fach ist,

findet man in dem Werke weniger die Resultate seiner eigenen Erfahrungen, als vielmehr einen, wenn auch ziemlich vollständigen Auszug anderer Lehrbücher. Die Ausstattung und besonders der Druck des Buches ist ein recht guter.

C. Müller-Genf.

Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen, von Albrecht von Notthaft. 2. Ausgabe. (Seitz & Schauer, München 1901.) Die neue Ausgabe weist gegen die vorjährige einen Fortschritt auf; das Spezialistenverzeichnis ist diesmal etwas vorsichtiger zusammengestellt und sind die Namen der Inseratendoktoren etc. in Wegfall gekommen. Auch für die nächste Ausgabe sind verschiedene Verbesserungen in Aussicht genommen. Als eine solche empfehlen wir auch die richtige Schreibweise von Naphtol, Naftalan, Naphtalin (statt Naphthol etc.). *P. Taenzer-Bremen.*

Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungsbestimmungen in Deutschland und Österreich-Ungarn, von Erich Pfeiffer-Greifswald. 3. vermehrte Auflage. (Urban & Schwarzenberg, Berlin 1901.) Wie das Vorwort besagt, enthält die vorliegende 3. Auflage neben den früheren Kapiteln, welche, 16 an der Zahl, die Geschichte der Pockenepidemien, die Ätiologie der Tier- und Menschenpocken, die Entdeckung Jenners, die Ausbreitung der Vaccination, das deutsche Reichsimpfgesetz, das Impfgeschäft, Verlauf der Schutzpocken, deren Anomalien u. s. w. u. s. w. auf 160 Seiten ausführlich wiedergeben, die Veränderungen, welche das Impfwesen in den deutschen Bundesstaaten auf Grund der Bundesratsbeschlüsse vom 28. Juni 1899 erfahren hat. Als Anhang sind alle Ausführungsbestimmungen, welche in den einzelnen deutschen Staaten (insgesamt 25!) bei Gelegenheit dieser Änderungen des Impfgesetzes erlassen worden sind, beigefügt, ebenso die für Österreich-Ungarn geltenden Gesetze. Bei der Art der Materie verbietet es sich von selbst, Einzelheiten aus dem Buche herauszugreifen. Es bildet jedenfalls für die Amts- und Impfärzte sowie für die Verwaltungsbeamten ein wertvolles Nachschlagebuch. *Stern-München.*

Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen, von Hermann Rohleder-Leipzig. (Fischers mediz. Buchhdlg., Berlin 1901.) Vor uns liegt eine neue Publikation Rohleders, dessen frühere Arbeiten „Krankhafte Samenverluste, Impotenz und Sterilität des Mannes" und „Masturbation" so allgemeines Interesse erweckten. Auch das zu besprechende Buch kommt nach Ansicht des Referenten einem wirklichen Bedürfnis entgegen, denn mit Recht kann der Verfasser im Vorwort fragen: wo findet der Arzt, abgesehen von den grofsen wissenschaftlichen Werken Krafft-Ebings, Molls und anderer, die zur elektiven Lektüre zu umfangreich sind, Belehrung über die wichtigsten physiologischen und pathologischen Funktionen der Genitalorgane? In den Lehrbüchern für Geschlechtskrankheiten nicht. Auch nicht in den grofsen Encyclopädien. Diesem Mangel will der Verfasser durch streng wissenschaftliche Zusammenstellung alles für den Arzt Wissenswerten abhelfen. Und man kann sagen, dafs ihm sein Plan aufs beste gelungen ist. Neben strenger Wissenschaftlichkeit eine seltene Einfachheit und Klarheit der Schilderung und löbliche Knappheit der Diktion. Der Verfasser zerlegt sich seinen Stoff in drei Abteilungen:

1. Normaler Geschlechtstrieb und seine Abarten und Paradoxien (zu geringer Trieb — Anaesthesia sexualis und Frigidität, Dyspareunie der Frau, Abstinentia sexualis —; zu starker Trieb — Hyperaesthesia sexualis, Satyriasis, Nymphomania). Hierzu ein Anhang über Geschlechtstrieb bei Hermaphroditen sowie bei Kastrierten und Eunuchen.

2. Normale und abnorme Kohabitation (Physiologie derselben bei beiden

Geschlechtern, Therapeutische Wirkung; übermäßiger Verkehr, Vaginismus, Coitus interruptus, die im Neumalthusianismus zusammengefaßten Abarten).

3. Die normale und die künstliche Befruchtung.

Beim Sexualtrieb ist der Begattungstrieb und der Fortpflanzungstrieb zu unterscheiden, wenn auch für gewöhnlich der letztere ganz zurücktritt. Statt der Moll-schen Einteilung des Begattungstriebes in Kontrektations- und Detumescenztrieb möchte Rohleder mindestens Kontrektations-, Tumescenz- und Detumescenztrieb setzen. Beim Eintreten der Detumescenz sei der Trieb ja schon im Abklingen, auch sei das Kontrektationsbedürfnis kein unbedingt nötiger Faktor des Sexualtriebs; z. B. fehle es häufig beim Verkehr mit Prostituierten. Der Geschlechtstrieb selbst läßt sich durch äußere und innere Eindrücke (periphere und zentrale Reizung) auslösen. Es würde zu weit führen, die ganze höchst lesenswerte Materie hier durchzusprechen. Es sei nur gestattet, einzelne Abschnitte von besonderem Interesse herauszugreifen. Daß die Masturbation von Beginn des Schulbesuchs an bei Knaben nichts so gar seltenes ist, hat Verfasser schon in seiner letzten Veröffentlichung betont, hier wiederholt er diese Angabe. Das sind ebenso abnorme, ärztliche Behandlung erfordernde Symptome, wie paradoxer seniler Sexualtrieb, wenn er nach längerer Pause sexueller Ruhe aufs neue im hohen Greisenalter auftritt. Dann ist er meist ein Zeichen drohender Demenz. Diese Erscheinung ist fast ganz auf das männliche Geschlecht beschränkt. Die Anaphrodisia sexualis totalis ist außerordentlich selten. Nicht so ganz selten ist die Dyspareunie, d. h. das Fehlen der Wollust beim Geschlechtsakt. Sie kommt fast nur bei Frauen vor; der Geschlechtstrieb kann dabei völlig erhalten sein. Die Erscheinung beruht entweder auf mangelnder Erregungsfähigkeit der Geschlechtsnerven (Ungeschick in der Ausübung des Coitus, Krankheiten der weiblichen Genitalien, anormaler Bau der Teile beiderseits), oder auf der mangelnden Erregung des Centrum genito-spinale oder am seltensten auf einem Hemmungseinfluß seitens des Gehirns. Nur der erste Punkt kommt für gewöhnlich praktisch in Betracht. Die Frauen, welche an Dyspareunie leiden, kennen eine wirkliche Wollust des Geschlechtslebens nicht. Dafür leiden sie aber oft an den Pollutionen des Mannes analogen Ejakulationen irritativ-sensiblen Charakters. Sehr lesenswert sind auch die Kapitel Abstinentia sexualis und künstliche Befruchtung, deren Vornahme der Verfasser unter Umständen warm empfiehlt. *Hopf-Dresden.*

Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten, redigiert von Dr. Schaper. (August Hirschwald, Berlin 1901.) Die im Auftrage des Kgl. Kultusministeriums Ende vorigen Jahres in der Charité gehaltenen Vorträge, die in der *Berl. klin. Wochenschr.* erschienen und in dieser Zeitschrift einzeln bereits an anderer Stelle referiert sind, resp. noch referiert werden, hat die bekannte Verlagfirma jetzt auch noch in Buchform erscheinen lassen, auf die die Kollegen noch besonders hinzuweisen, wir nicht verfehlen wollen. *P. Taenser-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Geschichte und allgemeine Pathologie der Syphilis, von E. Lesser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 44.) L. glaubt, dafs die Syphilis schon vor Beginn der christlichen Zeitrechnung geherrscht habe, dafs sie nicht erst aus Amerika in Europa eingeschleppt worden sei. Mit Ende des 15. Jahrhunderts habe sie nur durch die zahlreichen Kriege die bekannte erschreckende Ausbreitung gefunden. Auch die in Schottland im 17. Jahrhundert unter dem Namen Sibbens und in Norwegen als Radesyge bekannte Endemie, ebenso wie der Morbus dithmarsius Holsteins (1785) seien nichts anderes wie syphilitische Erkrankungen gewesen. L. führt noch zwei Syphilisendemien der Jetztzeit an, von welchen die eine im Innern Rufslands im Koslowschen Kreise herrscht, wobei die ganze Bevölkerung in manchen Dörfern mit Syphilis infiziert ist, die andere die Marschallinseln, eine unserer neuen Kolonien, betrifft, wo ca. 75 % der Bevölkerung infiziert sein soll. Interessant ist, dafs die Ärzte zu jenen schlimmen Zeiten der Franzosenseuche die Behandlung derselben für unanständig erklärten, weil sie eben kein Mittel für diesen „Morbus novus et inauditus" wufsten, und beinahe ausschliefslich Kurpfuschern die Patienten als willkommene Beute in die Hände fielen. Diese waren es auch, welche das Hg zur Behandlung der Syphilis einführten, und wahre Triumpfe damit feierten. Es ergab sich für die gröfseren Gemeinden weiterhin das Bedürfnis, Krankenhäuser für die grofse Anzahl Infizierter zu deren Isolierung zu bauen und so entstanden die „Blatternhäuser", welche nicht die Pockenkranken, sondern die an „wälschen Blattern", an Syphilis Erkrankten aufnehmen sollten. Bezüglich des Krankheitserregers der Syphilis haben merkwürdigerweise schon im 17. und im Anfang des 18. Jahrhunderts einige Autoren die Vermutung ausgesprochen, die Syphilis würde durch kleine, sich im Körper vermehrende Tierchen hervorgerufen. L. bespricht nun in grofsen Zügen die allgemeine Pathologie der Syphilis und hält noch immer die Einteilung Ricords in primäre, sekundäre und tertiäre Periode für diejenige, welche am meisten den Thatsachen entspricht; letztere kann noch 30, ja 40 Jahre nach der Infektion beobachtet werden. Wie dieser Verlauf der syphilitischen Krankheitserscheinungen mit der Annahme eines organisierten Giftes in Einklang zu bringen ist, darüber versucht L. einige, vorläufig noch hypothetische Erklärungen zu geben, die jedoch in den anatomischen Untersuchungen Neumanns u. a. eine gewisse Stütze haben sollen. Im allgemeinen, glaubt L., macht die Erkrankung an Syphilis immun gegen eine neue Infektion, wenn auch in seltenen Fällen zweifellos Reinfektionen vorkommen. L. erhofft erst mit Auffindung des Syphilisbacillus die Entscheidung über viele noch unaufgeklärte Fragen. *Stern-München.*

Die Erscheinungen der Syphilis, von O. Bruhns. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 44 u. 45.) Dies ist einer der in der Charité für die prakt. Ärzte gehaltenen Vorträge und umfafst in kurzen, klaren Worten das Wichtigste über dieses grofse Gebiet der Pathologie. Besonderen Nachdruck legt B. auf die verschiedenartigen Formen der extragenitalen Primäraffekte und führt u. a. eine Statistik von Pospelow an, welcher in Moskau innerhalb 10 Jahre 198 solcher Fälle und zwar an den verschiedensten Körperteilen beobachtete. Es kommen auf 145 Frauen nur 53 Männer,

was in erster Linie durch das häufige Vorkommen der Syphilisinfektion an der Brustwarze stillender Frauen bedingt ist (69 Fälle); ferner sind gerade die Hälfte = 99 Sklerosen in und am Munde. Differentialdiagnostisch von besonderer Bedeutung zwischen Ulcus molle und Primäraffekt sind, wie bekannt, Art und Verlauf der Drüsenschwellungen, während die Unterscheidung am Ulcus selbst, zumal wenn es sich um ein gemischtes handelt, oft nahezu unmöglich ist. Die sekundären Erscheinungen sollen oft von einem fieberhaften Zustand (Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Hitze und Frösteln, Temperatur zuweilen bis 40 oder 41°) eingeleitet werden; dazu gesellen sich Gelenk- und periostitische Schmerzen. Dieser ganze Symptomenkomplex, wie auch die ab und zu eintretende Milzschwellung sollen darauf hindeuten, daſs die Lues den gewöhlichen Infektionskrankheiten durchaus an die Seite zu setzen sei. Unter den sekundären Erscheinungen sei hier der Icterus syphiliticus hervorgehoben, der seine Entstehung der Schleimhauterkrankung des Dünndarms oder auch des Ductus choledochus verdanken kann und eine in der Frühperiode auftretende, den Kranken gewöhnlich sehr frappierende Erscheinung bildet. Die Differentialdiagnose zwischen den Plaques der Mundhöhle und anderen Erkrankungen derselben; wie lakunärer Angina, Herpes, aphthösen und tuberkulösen Geschwüren ist beschrieben und der oft sehr schwierigen, ja unmöglichen, Unterscheidung der luetischen von den merkuriellen Plaques gedacht. Der Reihe nach werden nun die verschiedenen Organerkrankungen, welche in der Sekundärperiode noch vorkommen können, beschrieben als Erkrankungen der Muskeln, Gelenke, der Augen (besonders Iritis!), des Ohres, der Nieren (Nephritis), ebenso dann jene so variablen der Tertiärperiode. Die galoppierende oder maligne Lues hebt B. als ein nicht gar so seltenes Vorkommnis hervor. Bezüglich der Prognose der Lues überhaupt giebt er die beruhigende Versicherung, daſs bei weitem die Mehrzahl aller Luesfälle überhaupt keine tertiären Symptome zeigen und in der Mehrzahl der Fälle mit Ablauf der Sekundärperiode, nach 3—4 Jahren, die Krankheit definitiv beendet ist; bezüglich des Heiratskonsenses entschlieſst sich B. erst dann denselben endgültig zu geben, wenn der Patient wenigsten 1—1½ Jahre lang von sekundären Symptomen frei gewesen ist, ein Standpunkt, der wohl jetzt allgemein eingenommen wird.

Stern-München.

Syphilis und ihre Beziehungen zu gleichzeitig vorhandenen Infektionskrankheiten, von A. Neisser. (Internat. med. Kongreſs. Paris 1900.) Lokale Läsionen im Verlauf von Infektionskrankheiten können auch zu Eingangspforten des Syphilisgiftes werden, wie alle anderen Oberflächentrennungen. Von Wichtigkeit für die Diagnose und Therapie ist es, wenn die Lues zu schon bestehenden Infektionen, wie Ulcus molle oder Panaritium hinzukommt, weil hierbei die spezifische Natur leicht erst zu spät erkannt, die spezifische Behandlung zu spät eingeleitet wird. Andererseits vermögen sekundäre Infektionen zu syphilitischen Ulcerationen hinzutreten, wie z. B. Erysipel und Tuberkulose. Im letzteren Falle ist oft primäre und sekundäre Läsion schwer hinsichtlich des Auftretens zu unterscheiden. Bestehende Luessymptome werden durch interkurrende Infektionskrankheiten vielfach zurückgedrängt. Ob geheilt, ist fraglich. Doch beobachtet man zuweilen Heilung von syphilitischen Geschwüren durch Sekundärinfektion mit Erysipel, während andere Exulcerationen, die entfernt sitzen, unbeeinfluſst bleiben. Zu schwerer, maligner Syphilis (Tarnowski) geben generalisierende Mischinfektionen mit Streptokokken Anlaſs. Vaccine, Furunkel, Ulcus molle und Epididymitis blennorrhoica geben oft zum Ausbruch latenter Lues Veranlassung. Den groſsen Gefahren dabei steht der Vorteil gegenüber, daſs die Notwendigkeit einer weiteren spezifischen Behandlung dadurch erwiesen wird. Malaria wie Lepra sollen den Verlauf der Syphilis ungünstig beeinflussen, ebenso allgemeine

Tuberkulose. Auch leistet die Syphilis andererseits der Entwickelung und Verbreitung der Tuberkulose Vorschub. (Hochsingers hochgradige Tuberkulosefälle bei hereditärsyphilitischen Kindern). Neuere Arbeiten von Portucalis behaupten das gerade Gegenteil und berichten Fälle von schwerster Tuberkulose, z. B. ausgesprochenster Lungenschwindsucht, die statt von der interkurrenten Syphilis nachteilig beeinflußt zu werden, geradezu gut abgelaufen sind. Prinzipiell sollte in solchen Fällen auf Merkur nicht verzichtet werden. Nur deshalb ist die Lues, wie Verfasser glaubt, so oft als gefürchtete sekundäre Krankheit bei Tuberkulose registriert werden, weil man sie aus Furcht vor der Verschlimmerung für die Tuberkulose durch das Spezifikum unbehandelt gelassen hat. Gleichwohl muß dem Allgemeinzustand ganz besonders Rechnung getragen werden. Alle Kuren sind zu verwerfen, bei denen große Quecksilberdosen auf einmal einverleibt werden, die Vorteile der Hydro- und Klimatotherapie sind den Kranken dieser Art ganz speziell zu verschaffen. Ferner gebe man ruhig Jod unter Kontrolle und Anwendung der Maßregeln, welche akuten Jodismus thunlichst hintanhalten. *Hopf-Dresden.*

Fiebersteigerungen bei Syphilis, von P. W. Bassett-Smith-Haslar. (*Lancet.* 22. Dezember 1900.) Ein 25jähriger Mann erkrankte in Westindien mit Fieber von unregelmäßigem Typus und wurde mit Unterbrechungen mehrere Monate lang behandelt, zunächst mit der Diagnose Fieber und Anämie nach Influenza, dann als lymphatische Leukämie und Malaria, und schließlich dachte man an Syphilis. Bei Darreichung von Jodkalium und Chinin ging die Temperatur, welche sonst Schwankungen von fast 4° C. an manchen Tagen aufgewiesen hatte, zur Norm dauernd zurück. Hg war eine kurze Zeit lang ohne Erfolg gegeben worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Virchows „Vita major" und das Merkur in der Syphilis, von E. Below. (*Arch. f. Lichttherap.* 1900. No. 2.) Des Verfassers Standpunkt ist der eines geschworenen Antimerkurialisten. Nach ihm ist das Merkur kein spezifisches Mittel gegen Lues, da es weder die Sklerose noch sekundäre und tertiäre Produkte zu verhüten oder zu heilen vermöge. Je mehr Quecksilber einem Syphilitischen einverleibt werde, desto schlimmer stände es mit dessen Befinden. Das Merkur ist, wie Verfasser mit Ziegelroth spricht, kein Heilmittel gegen Lues sondern es zerstört nur den Nährboden dafür, ist ein Schädling des Protoplasmas. Es bekämpfe die krankhafte Vita major der syphilitischen Prozesse, thue das aber nur vorübergehend ohne wahre Heilung zur Folge zu haben, und werde in dieser Richtung von der Lichtbehandlung bei weitem übertroffen. Aus der Litteratur werden einige Beispiele von Quecksilberintoxikationen zusammengestellt, die auch für den extremsten Merkurialisten doch nichts Unbekanntes sind. Alle Welt weiß, daß das Quecksilber mit Vorsicht und Gewissenhaftigkeit zur Anwendung kommen muß, soll sein Gebrauch ohne schädliche Nebenwirkungen bleiben. Verfasser schüttet aber das Kind gleich mit dem Bade aus, wenn er die ganze Reihe tabischer und parasyphilitischer Erkrankungen als Folgen der spezifischen Merkurtherapie ansieht. Besonders auf Fourniers intermittierende Behandlung hat er es abgesehen. Es ist hier wohl nicht der Ort, die Irrtümer des Verfassers nachzuweisen und zu widerlegen, nur einiges sei gesagt. Wenn er behauptet, daß das Quecksilber so unwirksam in der Behandlung der Lues und in der Verhütung tertiärer Formen sei, wie Ziegelroth, Below und andere Anhänger rein physikalischer Behandlungsmethoden meinen, woraus erklärt sich dann die von allen Kundigen beobachtete Thatsache, daß die schweren gummösen und ulcerativen Prozesse der tertiären Periode immer seltener in der Praxis und den Krankenhäusern werden? Den verhältnismäßig verschwindenden Fällen von Schädigung der Gesundheit

durch das Quecksilber steht die unendliche Fülle ungezählter guter Resultate gegenüber, aus denen mit Evidenz hervorgeht, dafs das Merkur für die Syphilis das ist, was beim Feuer das Wasser bedeutet. Wer wird bei einem Brande zu spritzen sich scheuen! Und doch verdirbt zuweilen das Wasser auch bedeutende Werte. Wo will es aufserdem gegen die Bedeutung des Mittels in der Luesbehandlung sagen, dafs seine Wirkungen tertiären Produkten gegenüber weniger eklatant sind. Diese Einschränkung in gewissem Grade zugegeben, dominiert das Merkur eben um so unbestrittener in der Therapie der Sekundärerscheinungen. Auch der Vergleich des Bleis mit dem Quecksilber hinkt etwas. Gewifs kann letzteres auch ungünstig für die Nerven einwirken. Für das Blei ist die so grofse deletäre Nerven- und allgemein toxische Wirkung jedenfalls wissenschaftlich sicherer bewiesen, als für das Quecksilber. Und dann darf man nicht übersehen, dafs man mit dem letzteren doch eine Heilwirkung, nämlich die sichere Vertreibung syphilitischer Sekundärsymptome bewerkstelligt und erreicht und nur seine übergrofsen Dosen unter Umständen vielleicht von Schaden sein können, während bei der Einwirkung des Bleis auf den menschlichen Organismus man es doch blofs mit einer reinen Giftwirkung zu thun hat. Wenn schliefslich Below das Licht in die Syphilistherapie einführen will, um die krankhafte Vita major aus ihren perversen in normale Bahnen zu drängen, so werden erst in Jahrzehnten abschliefsende Urteile sich sprechen lassen. Es ist allerdings stark zu bezweifeln, ob dann unsere Siechenhäuser eine erhebliche Abnahme von Tabes und multipler Sklerosen erfahren und nicht vielmehr deletäre tertiär-syphilitische Prozesse des Centralnervensystems ungeahnt überhand nehmen werden. *Hopf-Dresden.*

Über den Zusammenhang klinischer Symptome mit den durch das Syphiliskontagium gesetzten Gewebsveränderungen, von E. Lang und C. Ullmann. (Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere, J. F. Bergmann-Wiesbaden.) Die Verfasser geben, gestützt auf ihre reiche klinische und anatomische Erfahrung, sowie ausgerüstet mit umfassenden litterarischen Studien eine ausführliche Besprechung der klinischen Symptome der Syphilis und der anatomisch-pathologischen Natur der betreffenden Prozesse. Die Einleitung bildet ein Resumé des Standes unserer Kenntnis vom Erreger der Syphilis und einige instruktive Kapitel über Einfluss der Hg Behandlung auf das Blut Syphilitischer, über Virulenz des Serums und der Sekrete Syphilitischer, über Unhaltbarkeit der Einteilung der syphilitischen Veränderungen in drei Stadien. Bezüglich der Ansteckungsfähigkeit stellen die Verfasser folgende Thesen auf: Alle an Zellen reichen pathologischen Gewebe und Sekrete (Blut, Eiter, Gewebssaft, Vaccinepustel- und Pemphigusblaseninhalt) manifest beziehentlich latent syphilitischer Individuen können gesunde Menschen unter günstigen Verhältnissen infizieren, wobei die Übertragung zufällig oder beabsichtigt sein kann. Die Ansteckungsenergie all dieser Sekrete hängt wahrscheinlich von ihrem Gehalt an pathologischen Zellen und Zellresten ab, mit deren Zunahme auch die Virulenz wächst. Ob auch der reinflüssige Anteil wie reine Lymphe, Ödemflüssigkeit, reines Serum, Amnionflüssigkeit u. a. an und für sich infektiös werden kann, mufs vorläufig noch als unbestimmt angesehen werden. Die klinischen Beobachtungen sprechen allerdings dagegen. Als nicht infektiös werden noch Milch, Urin, Speichel, Schweifs, Hauttalg, Darmsekret und Epidermisschuppen betrachtet. Schwer ist die Entscheidung, ob dies auch, was die Infektion mit Syphilis anbelangt, für Trippersekret, Scabies- und Ekzempustelinhalt gilt. Positiven Ergebnissen der Forschung stehen hier negative entgegen. Doch können bei positivem Ausfall eines solchen Prozesses makroskopisch unsichtbare Erosionen luetischer Natur leicht übersehen worden sein. Das Sperma nimmt eine ganz exceptionelle Stellung

in der Lehre von der Syphiliscontagion ein. Es kann nämlich auch bei völlig negativem Befunde der mikroskopischen Spermauntersuchung und bei negativem Ausfall der klinischen Exploration des Genitalapparates noch infektiös wirken. Daran mögen schuld sein der relative Zellreichtum der befruchtenden Flüssigkeit, die häufige Lokalisationsgelegenheit in der Ehe, die dem Beischlaf folgenden günstigen Entwicklungsbedingungen und vielleicht kleine restierende Läsionen syphilitischer Natur in den das Sperma bildenden und befördernden Organen. Die Virulenz des Spermas wechselt bei einem Individuum unter Umständen. Eigenartig ist die Infektion durch den Samen in mehreren Hinsichten, erstens durch die Abwesenheit primärer Prozesse und die sofortigen Sekundärerkrankungen der Mutter (conceptionelle Syphilis), letzterer geht allerdings eine spezifische Erkrankung der Placenta vorher. Was die Virulenz eingetrockneter syphilitischer Produkte angeht, so sind auch dafür positive Untersuchungen massenhaft bekannt geworden, wie auch die Übertragung der Krankheit durch Gebrauchsgegenstände aller Art beweist. Auch von der syphilitischen Leiche aus vermag spezifische Infektion zu erfolgen. (Fälle Howard, Bergh, Morrow und Lang.) *Hopf-Dresden.*

Syphilis maligna praecox, von H. M. Christian-Philadelphia. (*Univ. med. Magaz.* August 1900.) Verfasser verfügt über neun derartige Beobachtungen: zwei der Patienten waren geborene Amerikaner, chronische Alkoholisten, drei waren deutsche Bäckerlehrlinge, die in höchst ungesunden Kellerräumen angestrengt arbeiteten, und drei waren russische Israeliten, welche bei Akkordarbeit (in „Sweat-shops") in dürftigen Verhältnissen lebend dem Alkohol und der Verwahrlosung verfallen waren. Der neunte Patient war ein Kommis in guter Stellung, 24 Jahre alt, welcher wegen Schlaflosigkeit, Abmagerung, Nachtschweifse und Appetitlosigkeit sich in Behandlung des Hausarztes befand. Drei Monate zuvor hatte er sich einer Infektionsgefahr ausgesetzt. Bei der Aufnahme waren die Extremitäten sowie der Rumpf mit Geschwüren einfach übersät. Dieselben variierten zwischen der Gröfse eines Fünfpfennigstücks und eines Zweimarkstücks. An jeder Tonsille fand sich ein grofses, ausgehöhltes, gangränöses Geschwür. Temperatur abends 39,8°; am Penis eine deutliche indurierte Narbe. Unter geeigneter Behandlung (Ungt. ciner. und JK.) heilten alle Geschwüre in 3 Wochen. Verfasser empfiehlt dabei einen Zusatz von flüssigem Kokaextrakt zum Jodkalium. Er verschreibt:

℞ *Kal. jodat.* 15,0
Ext. erythrox. coc. fl. 30,0
Tinct. chin. cps. q. s. ad 90,0
S. Einen Theelöffel voll (5 ccm) alle 3—4 Stunden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hämatologische Untersuchungen, von Ernst Becker. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 35 u. 36.) Verfasser stellte Blutuntersuchungen bei einer gröfseren Reihe von Erkrankten an, um das morphologische Verhalten des Blutes zu studieren, die Zahl der Erythrocyten und der Leukocyten festzustellen. Uns interessieren hiervon die drei Fälle von florider Syphilis, die er untersuchte. Zwei von diesen zeigten eine ausgebreitete Roseola und deutliche allgemeine Drüsenschwellung; in diesen Fällen fand sich eine deutliche Leukocytose, die hauptsächlich auf Rechnung der Lymphocyten zu setzen war; das Verhältnis der Polynucleären zu den Lymphocyten betrug 65 : 30, es befanden sich 3000 Lymphocyten im Kubikmillimeter, statt der normalen 1200—1500, entsprechend der Virchowschen Theorie, dafs bei Syphilis die allgemeine Drüsenschwellung mit einer Lymphocytose einhergehe. Der dritte Patient hatte aufser Ulcus durum nur geringe Drüsenschwellung und kein Exanthem; bei ihm fand sich nur hochnormale Leukocytenzahl. *F. Hahn-Bremen.*

Die Justussche Probe bei Syphilis; Anwendung derselben bei 29 Fällen, von H. M. Christian-Philadelphia und O. H. Forrester. (*Univ. Med. Mag.* Nov. 1900.) Diese Probe beruht bekanntlich darauf, dafs das Hämoglobin des Blutes von Quecksilber zerstört wird. Im nicht-syphilitischen Organismus wird dasselbe schnell wieder ersetzt. Der Syphilitiker hingegen, der durch die Krankheit bereits eine Verminderung des Hämoglobins erlitten hat, kann der Einwirkung des Hg bei der Schmierkur nicht Widerstand leisten, und man findet demgemäfs nach der ersten Darreichung desselben eine Verminderung um 10—20%, welche sich nur allmählich ausgleicht. Diese Justussche Darreichung haben Verfasser bei ihren Untersuchungen durchaus nicht bestätigt gefunden; eine sehr erhebliche Verminderung (18%) fand sich bei einem Neurastheniker ohne Lues und bei etlichen Fällen von zweifelloser Syphilis war keine Veränderung im Hämoglobingehalt zu konstatieren. Sie legen gestützt auf die ausführlich mitgeteilten Beobachtungen der Probe keinen Wert bei.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lostorferschen Körperchen im Blute Syphilitischer, von V. Neudörfer-Wien. (*St. Paul med. Journ.* Juli 1900.) N. bringt hier ein ausführliches Referat über die Entdeckung Lostorfers, wonach im Blute Syphilitischer einige Wochen nach der Infektion und noch vor dem Auftreten eines Exanthems kleine länglich-runde, mattglänzende Körperchen von der Gröfse eines Granulums der eosinophilen Leukocyten konstant (in 125 Fällen) vorhanden sind; sie vereinigen sich zu Gruppen von 10—20 Gliedern und sind am besten im hängenden Tropfen (Ölimmersion, Okular IV) zu sehen. Diese Körperchen nehmen nach der 10. bis 15. Hg-Einreibung merklich ab und verschwinden nach der 20. bis 25. vollständig. Häufiger noch der Primärinfektion (110 Fälle) wurden sie jedoch auch im späteren Stadium wie bei Rupia, Gumma und selbst Ulcerationen der hereditären Lues gefunden, niemals jedoch im Blute Gesunder oder anderer Kranker (60 Fälle). Paltauf und Kaposi erkannten die grofse Bedeutung der Entdeckung Lostorfers an, letzterer warnt aber vor zu frühen Schlüssen. N. glaubt dieselbe vor allem deshalb von grofsem Werte, weil es möglich sei, vor dem Auftreten eines Exanthems zu schliefsen, ob Syphilis vorhanden sei oder nicht, und da die Körperchen auch im Tertiärstadium, wie in Fällen von Gumma, gefunden worden seien, so hätten sie auch grofsen Wert bei der Differentialdiagnose von Geschwülsten.

Stern-München.

Syphilis der Grofstochter, von Posnelow. (*Wratsch.* 1900. No. 31.) Im Jahre 1898 wandte sich an Verfasser ein Vater mit seiner 13jährigen Tochter, welche in ihrer Entwickelung stark zurückgeblieben war, charakteristische Hutchinsonsche Zähne, eine Ulceration auf dem harten Gaumen und Perforation des Septum narium aufwies. Syphilis beider Eltern und Infektion dieser Tochter nach der Geburt ausgeschlossen. Es fanden sich aber auch beim Vater Hutchinsonsche Zähne und der Grofsvater hat vor seiner Verheiratung Lues gehabt. Dieser Fall zeigt daher, wie P. sagt:

1. dafs Syphilis der zweiten Generation möglich ist,

2. dafs, wenn die Syphilis des Grofsvaters nicht, wie sich gehört, behandelt wird, dieselbe vom Grofsvater auf die Grofskinder und ebenso auch auf die Urgrofskinder übergehen kann,

3. dafs die Syphilis der Grofskinder sich nicht nur in verschiedenen Dystrophien, sondern auch in gummösen Erscheinungen äufsern kann, ohne dafs solche bei den Eltern der Kranken vorzukommen brauchen und dafs

4. endlich die Hutchinsonschen Zähne für die Diagnose der hereditären Syphilis eine grofse Bedeutung haben.

Arth. Jordan-Moskau.

In welchem Alter acquiriert man die Syphilis? von E. Fournier. (*Rev. Méd.* 1900. No. 27.) Unter Hinweis auf eine diesbezügliche Statistik betont Verfasser die unerwartete Frequenz der Ansteckung während der Minderjährigkeit. Dieselbe beträgt nämlich für die Männer 14,32, für die Weiber 31,03% unter der städtischen Bevölkerung, resp. 20,37 und 48% in den Spitälern; für die Prostituierten beträgt der Prozentsatz 63%. Daraus ergiebt sich die Notwendigkeit des Schutzes der Jugend und des Hinweises auf die Gefahr, welche die jugendlichen Prostituierten für die Bevölkerung bieten. *C. Müller-Genf.*

Einiges über Syphiliskontagium und Syphilistherapie, von Eduard Lang. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 23—25.) Die Immunisierungsversuche bei der Syphilis wären, so führt Verfasser aus, einzuleiten durch Vorversuche an Patienten, die sich im intermediären Stadium der Syphilis befinden, d. h. zwischen dem Erscheinen des Primäraffekts und der Eruption der Allgemeinerscheinungen. In diesem Stadium ist eine postinitiale Infektion, das Haften einer erneuten Syphilisinfektion, möglich, weil das Virus noch nicht zur Verallgemeinerung gelangt ist. Impfungen in diesem Stadium können niemals böses stiften, wohl aber eventuell den Ausgangspunkt einer hoffnungsreichen Errungenschaft bilden. Von dem Erfolge dieser Impfungen würden die weiteren Experimente abhängen, die nach Ansicht des Verfassers an Individuen, die eine längere Freiheitsstrafe zu erdulden haben, auszuführen wären, da diese lange genug der Beobachtung zugänglich wären. Die in Betracht kommenden Personen und der Staat müfsten allerdings ihre Zustimmung erteilen. Verfasser geht dann auf einen anderen Punkt, die Infektionsmöglichkeit durch einen syphilitischen Kadaver ein. Er zitiert einen Fall von Howard und berichtet einen von ihm selbst beobachteten. Es handelt sich um Infektion eines Arztes bei der Sektion einer mit luetischen Papeln behafteten Prostituierten. Die Krankheit verlief sehr hartnäckig. Die direkte Übertragung des Kontagiums ohne Initialaffekt bezeichnet Verfasser als „direkte Säfteinfektion" im Gegensatz zur „lokalen Gewebsinfektion". Er führt einen Fall an, in dem ein Arzt zuerst Kubitaldrüsen, dann Sekundärerscheinungen zeigte ohne nachweisbare Initialsklerose. Nur eine kleine schnell vorübergehende, bald eintrocknende Blüte war einige Wochen vorher vorhanden gewesen. Die Inkubation spielt sich hier wahrscheinlich in den Lymphdrüsen ab. Den Verlauf der Syphilis bedingen drei Momente: Kontagium, Konstitution des Infizierten und äufsere Einflüsse. Das Kontagium kann quantitativ oder qualitativ verschieden sein. Die gröfste Wichtigkeit kommt den äufseren Einflüssen, den nicht therapeutischen und therapeutischen zu, vornehmlich aber den ersteren, hygienisch-diätetischen. Aus dem über die Therapie gesagten sei folgendes hervorgehoben: Als Pflaster eignen sich besonders die mit Hydrarg. olein., Kalomel, Hyrgol bereiteten; oft ist Kalomel-Traumaticin ein guter Ersatz. Energisch wirken Sublimatbäder in Verbindung mit der elektrischen Kataphorese, auch bei Erwachsenen. Von Injektionen bevorzugt Verfasser sein Ol. einer. liquid., das tief subcutan am Rücken injiziert wird. Für den internen Gebrauch empfiehlt sich eine mit Lanolin und Milchzucker bereitete Pillenmasse oder das „Grey poudre", ein Gemenge von Kreide und metallischem Hg. Welche Methode man wählt, mufs im Einzelfalle erwogen werden; wo schnelle Resorption der Syphilisprodukte notwendig erscheint, beginnt man mit den am energischsten wirkenden Methoden (Kalomelinjektionen, 5%ige Sublimatinjektionen) und fährt mit grauem Öl oder Injektionen fort. Verfasser geht dann auf die „indirekte" Hydrargyrose ein, d. h. die Intoxikation von Personen, die mit Patienten in einem Raume weilen, welche extern mit Quecksilber behandelt werden. In das Gebiet der Lokalbehandlung luetischer Produkte fällt die subcutane Injektion von

Hydrargyrum-Präparaten in der Umgebung der Krankheitsherde. Besonders lehrreich ist ein vom Verfasser mitgeteilter Fall. Ein alter, überreich allgemein behandelter Luetiker bekommt grofse Stirngummata mit unerträglichen Schmerzen. Trotz intensiver Allgemeinbehandlung keine Besserung, so dafs ein operativer Eingriff geplant war. Nach lokaler Injektion minimaler Mengen (0,01) grauen Öls am Rande der Tumoren und Darreichung von Decoct. Sassap. inspiss. gingen diese samt den Schmerzen in kurzer Frist zurück. Bei alten Luetikern, die heiraten wollen, empfiehlt Verfasser als eine Art Vorsichtskur 0,02—0,03 graues Öl in jede Skrotalhälfte gegen den Hoden zu zu injizieren, um auf die Sperma bildenden Herde lokal einzuwirken. Dasselbe geschieht bei schon verheirateten Männern, die zur Syphilisvererbung Veranlassung geben. Die Präventivbehandlung, bei markanter Initialsklerose und nicht später als 10—12 Tage nach Beginn der letzteren einzuverleiben, führt Verfasser auch mittels grauen Öles durch. Die Injektionen werden seltener aber über längere Zeit hinaus gemacht. Mit den Ergebnissen der Präventivbehandlung scheint Verfasser zufrieden zu sein. Gutes sah Verfasser vom Jodipin und von subcutaner Injektion folgender Mischung (1—3 ccm pro dosi):

Codein. hydrochlor.	0,01—0,1
Kal. jodat.	5,0
Aq. dest.	5,0

(Vor der Injektion zu erwärmen.)

Die Resorption von Drüsenschwellungen werden begünstigt durch Injektion von 0,1 ccm 10%iges Jodoform-Vaselinöl in die Nachbarschaft des infiltrierten Herdes.

Wo Jod und Quecksilber versagen oder kontraindiziert sind, schafft oft Decoct Sassap. inspiss. (2—3 Eßlöffel täglich) glänzende Erfolge.

Zum Schlusse weist Verfasser nochmals auf den Einfluß, den soziale Mißstände auf den Verlauf der Lues ausüben, hin. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Pflege und Lebensweise syphilitisch Infizierter, von Reinhold Ledermann. (*Zeitschr. f. Krankenpflge.* 1900. No. 6 u. 7.) Neben der Behandlung des Kranken ist der Schutz der Umgebung bei Syphilis unsere Aufgabe. Im ersten Stadium ist Sauberkeit, Verbot des Zusammenschlafens meist genügend. Barbiere, Friseure, Masseure, Hebammen, Kellner, Stubenmädchen, Konditoren etc. müssen sofort dem Berufe entzogen, wenn sie zu Krankenkassen zählen, als arbeitsunfähig bezeichnet werden. Wo Indifferentismus und Unerfahrenheit jedes Verständnis für die Gefahr vermissen lassen, was besonders bei weiblichen Personen meist der Fall ist, muß man Krankenhausbehandlung von vorneherein verordnen. Bedenklich sind auch in Bezug auf Übertragungsmöglichkeit die Aborte. Besondere Vorsicht erheischen extragenitale Sklerosen; wo es geht, ist Occlusivverband am Platze. Das Vermeiden des Küssens, die Trennung des Trink- und Eßgeschirrs, der Waschutensilien sind notwendige Vorschriften, die aber leider selten befolgt werden. Besondere Beachtung verlangen Mundsklerosen bei Glasbläsern u. a. Wo vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen schwere Störungen des Allgemeinbefindens vorhanden sind, ist Bettruhe event. Spitalaufenthalt notwendig. Jodkalium (1—8 g pro die), kombiniert mit Antipyrin, Phenacetin etc. neben absoluter Ruhe, sind in diesem Stadium indiziert. Bei versteckten Primäraffekt können diese Störungen des Gesamtbefindens leicht falsch gedeutet werden. Verfasser geht dann auf die beiden nach dem Ausbruch der Roseola nötigen Quecksilberkuren und die erforderlichen Maßnahmen näher ein: Mundpflege, Verbot des Rauchens, Beachtung des Urins, Regulierung der Defäkation, kräftige Diät, Vermeidung von Alkohol, Thee und Kaffee. Tuberkulose kontraindiziert die Quecksilberkur ebensowenig wie Diabetes, bei dem sogar oft während der Kur der Zucker schwindet.

Während der Menses sollte die Kur unterbrochen werden, da Hydrargyrum die Genitalblutungen steigert: Gravidität indiziert direkt ein energisches Vorgehen. Während des Puerperiums sind luetische Erscheinungen nur lokal zu behandeln. Kaltwasserprozeduren sind bei Inunktionen zu meiden, bei Injektionen werden sie oft gut vertragen; zweckmäßiger ist es, sie den Kuren folgen zu lassen. Allein leistet die Hydrotherapie nichts. Von medikamentösen Bädern sind nur diejenigen von Wiesbaden, Nauheim, Rehna, Kissingen von Wert. Bedenklich ist das Benutzen öffentlicher Badeanstalten durch mit rezenter Syphilis behaftete Personen, besonders in den Schwitzbädern. Warme Duschenbäder werden als besonders zuträglich genehmigt. Zum Schlusse befürwortet Verfasser neben Vermehrung der Krankenhausabteilungen für Syphilitische die Einrichtung öffentlicher Sanatorien für ambulante Behandlung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über den Stoffwechsel bei frischer Syphilis, von F. Radaeli. (*Lo Sperimentale.* 1900. Heft 3.) Bei der frischen Syphilis findet eine Zunahme des Eiweißzerfalles statt, die sich aber nicht während der Periode der zweiten Inkubation, sondern erst beim Auftreten der Allgemeinerscheinungen zeigt. Der Stickstoff des Harnstoffes und der Gesamtstickstoff sind im gleichen Verhältnisse vermehrt, so daß ihre Verhältnisse innerhalb normaler Grenzen schwanken. Die Quecksilberbehandlung (Sublimatinjektionen) verlangsamt den Eiweißzerfall und stellt das Stickstoffgleichgewicht wieder her. Dasselbe findet wahrscheinlich beim spontanen Verschwinden der luetischen Erscheinungen ohne Behandlung statt. Die Resorption vom Intestinaltraktus aus ist während der Periode der Allgemeinerscheinungen weniger intensiv als während der Inkubationsperiode und während oder nach der Behandlung. Die Gesamtschwefelsäure und die Phosphorsäure verhalten sich wie der Stickstoff. *C. Müller-Genf.*

Zur Pathologie der Initialsklerose, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 36.) Aus den mittels Injektion der Blut- und Lymphbahnen gewonnenen Ergebnissen sei hier kurz folgendes mitgeteilt: Schon in dem erosierten Teil, wo die Blutgefäße zu Grunde gegangen, der Farbstoff exsudiert ist, sieht man die Lymphgefäße vollgestopft mit Lymphocyten. Dieselbe Erscheinung findet man bis in die Bubonuli hinein; ein ganzes Lymphgefäßnetz kann wie ausgegossen aussehen. Die ausgestopften Gefäße kann man bis in die groben Lymphgefäße verfolgen, wo sie direkt in den inneren Infiltrationsmarkt übergehen. Verfasser nimmt an, daß auch das luetische Virus in den Lymphbahnen sich bewegt. Die Bubonuli werden resorbiert nach fettiger Entartung und Resorption. Auf Grund seiner Anschauungen gelangte Verfasser zu den praktischen Versuchen die Infektionsstelle mittels elektrischen diffundierenden Sublimats zu behandeln. Das Organ wird in ein mit 1‰ Sublimat gefülltes Gefäß getaucht, dessen Boden die Anode ist. Eine Hand taucht in ein Kathodenbad. Ein Strom von 15—20 M.-P. wird täglich 10 Minuten hindurchgeleitet. Das Infiltrat ging meist schon in 8 Tagen zurück. In zwei Fällen ist das Exanthem ausgeblieben. Da Drüsenschwellungen beim Beginn der Behandlung noch nicht vorhanden waren, und da die Zeit, die seitdem verflossen ist, nicht angegeben wird, sind dieselben natürlich nicht beweisend. *Jessner - Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von extragenitalem Primäraffekt des Augenlides bei einem Kinde, von C. H. Whitford. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1900.) Ein sechsjähriger Knabe bekam im September 1898 ein hartes Geschwür am freien Rande des rechten oberen Augenlides mit Schwellung der Halsdrüsen. Später stellte sich ein typisches Exanthem ein. Die antiluetische Behandlung wurde sehr vernachlässigt. Im Sep-

tember 1899 zeigte der Knabe bei seiner ersten Untersuchung durch den Verfasser breite Kondylome, die unter Hydrargyrum c. creta verschwanden. Die Mutter des Knaben giebt an, dafs sie im Jahre 1897 von ihrem Manne angesteckt worden wäre. Im Sommer 1898 litt der Knabe an einer Blepharitis, durch welche des Morgens die Augenlider verklebt waren. Um dieselben wieder frei zu machen, befeuchtete sie die Mutter mit ihrem Speichel und dürfte auf diese Weise eine Infektion herbeigeführt haben. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis in der zweiten Generation, von Edmond Fournier. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Auf 45 Fälle baut Fournier seine Beobachtungen über die Nachkommenschaft der Hereditärsyphilitiker auf; von diesen 45 Fällen sind 18 vollkommene Typen. Ein solcher Typus ist beispielsweise:

I. Grofseltern beide syphilitisch.

II. Mutter hereditärsyphilitisch und an einen gesunden Mann verheiratet.

III. Die Kinder behaftet mit: Dystrophie der Zähne, besonders Schneidezähnefurchungen; verringerte Entwickelung im allgemeinen; schlechte Entwickelung des Thorax; Infantilismus; Gesichtsasymmetrien; Strabismus; ovale Pupillenbildung.

Die weiteren Beobachtungen sind zum Teil nicht alle so vollkommen, zum Teil fehlt die genaue Geschichte der Grofseltern, zum Teil steht es nicht fest, dafs der Vater syphilisfrei war. — Das Ergebnis ist nun bei den 18 typischen Fällen: 23 Abortus, 30 totgeborene oder in den ersten Lebenstagen verstorbene Kinder, 30 lebende Kinder. — Bei den unvollständigen Beobachtungen, wo ein Hereditärsyphilitischer einen gesunden Gatten hat, finden sich unter 22 Schwangerschaften 9 Aborte, 6 totgeborene oder im frühesten Alter verstorbene Kinder, 7 lebende. — Bei 21 unvollkommenen Beobachtungen, bei denen man nur die hereditärsyphilitischen Eltern kannte, kamen unter 38 Schwangerschaften 9 Aborte, 3 totgeborene Kinder, 26 lebende vor. — Im ganzen also unter 145 Schwangerschaften 82 tote Kinder (56%) und 63 lebende, ein, wie Verfasser meint, schreckliches Zeichen des verderblichen Einflusses der hereditären Lues auf die Nachkommenschaft. Dazu kommen die später bei den Überlebenden hervortretenden Dystrophien. Der unheilvolle Einfluſs ist bei der sekundären Heredität noch gröfser als bei der primären. Von den 63 überlebenden Kindern sind nur zwei demselben entgangen, die übrigen zeigten die verschiedensten Gebrechen, und zwar in minimo insgesamt 108 Läsionen aller Art: Störungen in den Sinnesorganen, im Knochensystem, Mifsbildungen, Fehler des Intellekts, auch eigentlich syphilitische Manifestationen (Gummata). — Fournier stellt also der Nachkommenschaft Hereditärsyphilitischer eine sehr schlechte Prognose, hält die Syphilis auch in der dritten Generation für sehr unheilbringend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Multiple kongenitale Mifsbildungen der Herzens, wahrscheinlich hereditär syphilitischen Ursprungs, von Moncorvo-Rio de Janeiro. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 32.) Bei einem zur Zeit neunjährigen Mädchen, das in den ersten Lebensmonaten eine chronische Coryza und ein gummös-papulöses Syphilid gezeigt hatte, traten seit dem zweiten Lebensjahre nach jeder raschen Bewegung und nach jeder Anstrengung dyspnoische Anfälle mit Herzklopfen, Angstgefühl und Cyanose auf; letztere ist besonders an den Lippen und Nägeln stark ausgeprägt. An dem mageren, blassen, kleinen Mädchen, dessen Vater eine vor der Verheiratung erfolgte luetische Infektion zugiebt, finden sich mehrfache Drüsenschwellungen, schlecht entwickelte Zähne, rhachitische Deformitäten an den Knochen, kolbige Verdickung der Endphalangen der Finger, doppelseitiger tuberkulöser Spitzenkatarrh, aufserdem aber die Symptome

folgender Veränderungen am Herzen: Stenose des Ostium pulmonale, Stenose und Insuffizienz der Mitralis, Stenose des Ostium tricuspidale, Defekt des Ventrikelseptums. — Die Infektion des Vaters, die charakteristische Erkrankung einer Schwester der Patientin, bei der in den ersten Lebensjahren epileptiforme, auf die linke Seite beschränkte Konvulsionen und dann eine linksseitige Hemiatrophie aufgetreten war, verschiedene an der Patientin selbst beobachtete Erscheinungen, insbesondere das frühseitige Auftreten der durch die Herzaffektion bedingten Anfälle beweisen nach Ansicht des Verfassers, dafs die Veränderungen am Herzen hereditär-syphilitischen Ursprungs sind und dafs ihre Entstehung an das intrauterine Leben zurückzudatieren ist. Im Verein mit vielen anderen, in der neueren Zeit veröffentlichten Fällen setzt dieser Fall die ätiologische Bedeutung der hereditären Syphilis für die intrauterine Entstehung von Herzmifsbildungen aufser Zweifel. *Götz-München.*

Im ärztlichen Verein in Hamburg, Sitzung vom 13. November 1900 (ref. Vereinsbeilage No. 49 der *Deutsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 50) demonstriert Kellner die **Schädeldecke eines Idioten, der an Lues hereditaria tarda gelitten hatte.** Er starb mit 20 Jahren an Lungentuberkulose; die Diagnose der Lues hereditaria tarda war mit Sicherheit zu stellen aus der Asymmetrie des Schädels, der Sattelnase, der Mikrodontie, den periostealen Auflagerungen auf den Tibien und dem Zwergwuchs. Der Mensch war epileptisch, halbseitig-links gelähmt. Die Form des Schädels war höchst unsymmetrisch, der für das Stirnhirn bleibende Raum in Form der starken Verdickung des Schädels sehr klein. Das Schädeldach zeigte im rechten Scheitelbein einen rechtwinkligen Spalt, der Knochen ist hier durch eine von innen wirkende Kraft ausgebuchtet, usuriert, durchbrochen; die Innenfläche zeigt grofse Osteophyten, die fest mit der Dura verwachsen sind; im Gehirn fand sich gegenüber der defekten Stelle im Schädel ein hühnereigrofser Porus, der in den rechten Seitenventrikel führte.
F. Hahn-Bremen.

Die Epiphysentrennung syphilitischer Neugeborener (Parrotsche Krankheit), von Marcel Labbé-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 78.) Die Affektion findet sich bei etwa 5% der hereditär-syphilitischen Kinder. Oberwarth sah sie 12 mal bei 286 syphilitischen Kindern. Dies Krankheitssymptom tritt während der ersten drei Lebensmonate auf. Vicarelli beobachtete es am Tage der Geburt, Henoch bei einem achtmonatigen Kinde. Gemäfs dem Gesetz, dafs sich ein Virus mit Vorliebe an Stellen intensivster Entwickelung und lebhaftester Ernährungsvorgänge lokalisiert, erkranken beim syphilitischen Neugeborenen sehr gern die Epiphysen. Die Symptome bestehen darin, dafs die Kinder die Glieder nicht spontan bewegen oder bei Berührungen und Bewegungen Schmerzensäufserungen von sich geben. Die kranken Glieder, nicht immer sind alle vier ergriffen, zeichnen sich durch Schlaffheit aus. Die Beine hängen oder liegen grade ausgestreckt, während sie beim gesunden Neugeborenen mehr oder minder gebeugt sind. Bei Berührung erfolgt wohl ein Schmerzenslaut, wohl auch Bewegung der Muskeln oder Zehen beziehentlich Finger, aber keine eigentliche Bewegung der Extremität. Speziell verursacht Druck in der Epiphysengegend Schmerzensäufserung. Die Regio iuxta-epiphytica ist diffus geschwollen. Oft kann man die Bewegung des Knochens gegen die Epiphyse nachweisen (Crepitation), doch vermeide man dies diagnostische Hülfsmittel. Meist befallen sie die Arme, überhaupt von den Extremitäten mit Vorliebe die centralwärts gelegenen Epiphysen des Oberarms und Oberschenkels. Nur in Fällen seltener Art, wo mehrere Epiphysen eines und desselben Gliedes erkrankt sind, ist letzteres absolut unbeweglich.

Muskel und Nerven reagieren normal auf elektrische Reize. Alle üblichen Zeichen hereditärer Lues können nebenher bestehen. Parrots Annahme, dafs alle

diese Kinder dem Tode verfallen seien, ist durch Fournier, Cadet de Gassicourt u. a. widerlegt worden. Nur bei starker Infektion und ungünstigsten Lebensbedingungen pflegen heutzutage Kinder mit syphilitischer Epiphysenlösung zu Grunde zu gehen. Ist letztere das einzige Zeichen der Lues, so heilt sie wohl auch spontan, schneller jedenfalls unter Merkurtherapie. Die Heilung geschieht durch Bildung eines Callus, der zu einer förmlichen syphilitischen Exostose auswachsen kann. Was die Therapie anbetrifft, so wird dieselbe durch allgemeine günstige Ernährungsbedingungen (Muttermilch) wesentlich unterstützt. Das Merkur, sei es in der Form der Einreibungen (täglich ein Quantum von Haselnufsgröfse) oder in Form des Liqueur de van Swieten oder des Gibertschen Sirups (1 Kaffeelöffel pro Tag) werden vom kindlichen Organismus auffallend gut vertragen. Stomatitis tritt fast nie auf. Auch 1—2 g Jodkalium pro Tag kann man getrost versuchen und sieht davon oft die besten Erfolge.

Hopf-Dresden.

Syphilis einiger innerer Organe, von Gerhardt. (*Berl. klin. Wochenchr.* 1900. No. 46.) Eingangs seines Vortrags erwähnt G. die Statistik von Runeberg, welcher aus den Ergebnissen einer finnländischen Lebensversicherung gefunden hat, dafs von den seit Bestehen der Anstalt Aufgenommenen (Gesamtsumme der Versicherten 11 359) die nicht syphilitisch waren, 6,1%, von den vorher mit Syphilis Behafteten aber 12,6% gestorben waren und dafs ferner unter den Todesfällen 21% durch Tuberkulose, 15% durch Syphilis bedingt waren. G. bespricht sodann in erster Linie die Syphilis des Kehlkopfs, welche von allen inneren Organen das beim Erwachsenen am häufigsten, und der Leber, welche bei der hereditären Lues am häufigsten befallen ist. Als Mittel nimmt G. an, dafs 10% aller Syphilitischen kehlkopfkrank werden. Die häufigsten Formen der Kehlkopferkrankung sind Katarrh und Erythem, haben also nichts Spezifisches, viel weniger häufig ist das Kondylom, welches meist am Rande des Kehldeckels und am Stimmband sitzt, oft zugleich mit Kondylomen der Mund- und Rachenschleimhaut vorkommend und in dem Aussehen dem grauweifsen Ätztupfen des Höllensteins gleichend. Diese frühzeitigen Formen, wobei die wesentlichste Funktionsstörung Heiserkeit ist, kommen am meisten 3 bis 6 Monate nach der Primäraffektion, und zwar zwischen dem 15. und 30. Lebensjahre, vor. Die spätzeitige syphilitische Erkrankung, die gummöse, ist nicht so häufig, in jedem Alter beobachtet und sitzt sehr häufig am Kehldeckel, während an der hinteren Wand des Kehlkopfes mehr die typhösen und tuberkulösen Geschwüre hausen. Bei Zerfall der Gummageschwulst entsteht ein gelbes, scharf ausgeschnittenes, rot umsäumtes Geschwür mit speckigem Grunde und glattem Rande; die Hauptstörungen sind am Beginn Schluckbeschwerden, später (bei der Vernarbung) Atembeschwerden. Sehr schwierig ist oft die Unterscheidung vom Carcinom: letzteres beginnt meist am hinteren Ende des Stimmbandes, an einer Stelle, und macht frühzeitig die Teile unbeweglich; es wächst ferner stetig weiter, während das Gumma freiwillige Stillstände hat. Die Syphilis der Leber ist die gewöhnliche Erscheinung der vom Vater ererbten Lues, also im frühesten Kindesalter am häufigsten. Im späteren Alter treffen die meisten Fälle auf das 30. bis 50. Lebensjahr, Männer werden viel häufiger ergriffen als Frauen, im ganzen 5—30 Jahre nach der Ansteckung. In der Mehrzahl der Fälle (in 16 von den 19 von G. beobachteten) führt die syphilitische Erkrankung zur Vergröfserung der Leber; Schmerzen kommen zuweilen, jedoch nicht immer vor, ferner Gefühl von Schwere und Druck in der Lebergegend, fast stets Milzvergröfserung (zum Unterschied vom Lebercarcinom), häufig Ascites (in der Hälfte der Fälle) und in einer Anzahl von Fällen Fieber. Lebersyphilis beeinträchtigt oft lange Zeit hindurch das Allgemeinbefinden nicht und kann leicht mit vielerlei Krankheiten verwechselt werden. Es werden zwei Hauptformen unterschieden: die mehr geschwulstbildende, höckerig

auszufühlende und die cirrhosenähnliche, jedoch giebt es noch eine ganze Reihe anderer Formen, von welchen G. die grofse hypertrophische Leber, die atrophisch-hypertrophische Form mit ihren seltsamsten Gestaltungen, die gelappte anführt. Die Prognose ist keine sehr günstige, von 23 Fällen in der Klinik sind 11 gebessert, 8 geheilt und 9 gestorben, Alkoholismus ist ein sehr ungünstiger Nebenfaktor.

Stern-München.

Über Leukoderma syphiliticum, von J. H. Rille. (*Dtsch. Praxis.* 8. Jahrg. No. 19.) Leukodermaflecke entwickeln sich bei Lues nur an Stellen, an denen maculöse oder papulöse Efflorescenzen gesessen haben, mögen dieselben auch unerkannt geblieben sein. Die diese Auffassung nicht teilenden Autoren sehen, wie Verfasser meint, an den hyperpigmentierten Stellen die spezifische Veränderung, was eine Verkennung der Sachlage bedeute. Das Leukoderma ist ein labiler Zustand, die weifsen Flecke vergröfsern sich, können konfluieren, um später wieder kleiner zu werden und ganz zu schwinden, was spätestens in ca. 4 Jahren geschieht. Sein frühestes Auftreten fällt in den fünften Monat. Nur stark pigmentierte Stellen (Hals, Nacken, Achselfalten, Genitalien etc.) werden betroffen. Frauen sind in 65%, Männer in 4—10% der Fälle betroffen. — Selten sind Leukodermaflecke des Gesichts, etwas häufiger solche der Kopfhaut. — Das Leukoderma ist mit fast absoluter Sicherheit ein Kriterium der Syphilis. — Bei Kindern sieht man Leukodermaflecke sehr selten und nur, wo es sich um erworbene Syphilis handelt. Rille sah einen Fall fast universeller Leukodermabildung bei einem 1½jährigen Knaben. — Leukoderma lueticum kann verwechselt werden mit Vililigo, jedoch sind hier die Flecke erheblich gröfser, die Begrenzungslinien sind nach innen konkav, nach aufsen konvex, die Lanugohaare im Gebiete der Flecke sind pigmentlos; aufserdem ist die Haut bisweilen atrophisch. — Abzugrenzen sind auch Narben, so solche epediculis vestimentorum, nach Akne, Variola, was oft schwierig werden kann, Pityriasis versicolor. — Besonders beachtenswert sind die, allerdings selten an Psoriasis vulgaris sich anschliefsenden Leukodermaflecke, die Verfasser schon bei mindestens 15 Fällen gefunden. Die Psoriasis mufs also stets ausgeschlossen werden, wenn man das Leukoderma als sicheres diagnostisches Merkmal für Syphilis verwerten will. — Die Luestherapie hat auf das Leukoderma keinen Einfluís. — Historisch steht fest, dafs Pillon und Hardy (1855) die Flecke gesehen, Bazin aber zuerst richtig gedeutet. Die erste mikroskopische Untersuchung stammt von Riehl.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die histologische Differentialdiagnose zwischen den tuberkulösen und syphilitischen Prozessen, speziell zwischen tuberkulöser und gummöser Orchitis, von P. Baumgarten. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 42.) Die Abgrenzung syphilitischer und tuberkulöser Hodenerkrankungen ist nicht immer leicht; der negative Tuberkelbacillenbefund ist nicht beweisend, der positive schliefst nicht das gleichzeitige Vorhandensein von Syphilis aus. Ausschlaggebend ist meist die histologische Differenzierung. — Die Anschauung, dafs die Riesenzellen auch in rein gummösen Produkten sich finden, ist doch eine irrige. Wo man Riesenzellen in Granulationsgeschwülsten findet, ist immer Tuberkulose vorhanden; man findet, wenn auch oft erst nach langem Suchen, Tuberkelbacillen. Ob es sich dabei um Mischformen mit Syphilis handelt, ist schwer zu ergründen. — Die Unterschiede zwischen tuberkulösen und gummösen Prozessen sind etwa folgende: Bei den syphilitischen Neubildungen relativ kleine Zellen, gleich denen der Wundgranulationen, bei den tuberkulösen relativ grofse Zellen, Epitheloid- und Langhanssche Riesenzellen. Gröfsere Zellen (Fibroblasten) kommen auch bei Syphilis vor, aber nicht in reinen Fällen und auch nur ausnahmsweise so grofs und kernreich, wie die Zellen bei Tuberkulose.

Aufserdem sind sie ganz gleichmäfsig verteilt, von leukocytären Infiltrationen stark verdeckt, während die Epitheloidzellen der Tuberkulose in scharf begrenzten Herden und Nestern liegend, fast völlig frei von Lymphocyten sind. Nur bei schnell verlaufender Tuberkulose ist diese nicht so ausgesprochen, sodafs die bakteriologische Untersuchung einspringen mufs. — Die luetischen Wucherungen sind durchweg gefäfsreich, gleichmäfsig kapillarisiert, während das tuberkulöse Gewebe gefäfslos ist. Erstere haben auch eine Neigung zu Bindegewebsbildung, schon von der gummösen Nekrose, während die Bindegewebsneubildung bei dem Lupus erst nach der Verkäsung eintritt, wohl von der Umgebung ausgehend. — Die gummöse Nekrose vernichtet die Struktur der Teile langsamer, sodafs sich besonders die Blutgefäfse mit Inhalt lange erhalten können, was grade für die Differenzierung von tuberkulösen Herden von gröfstem Werte ist. — Der syphilitische Prozefs beginnt stets im interstitiellen Gewebe, später auf die Wand der Hodenkanälchen übergreifend, der tuberkulöse macht es umgekehrt. Primär ist bei der Tuberkulose der Hoden nur sehr selten erkrankt. Eine primäre interstitielle Hodentuberkulose kommt nur bei ganz jungen Knaben mit Miliartuberkulose vor. Bei Lues zeigt das Epithel der Kanälchen ausschliefslich degenerative Veränderungen, bei Tuberkulose wuchert dasselbe. — Verfasser hält eine Abgrenzung der genannten Prozesse und eine Feststellung von Mischformen mittelst des Mikroskopes bei sorgsamer Untersuchung für möglich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Röntgenausstellung 1901. Gelegentlich der in Hamburg tagenden 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte wird im physikalischen Staatslaboratorium daselbst (Jungiusstrasse) eine das ganze Röntgenfach umfassende, vom 22—29. September 1901 dauernde Ausstellung stattfinden.

Im Auftrage des Komitees ist die Leitung der Ausstellung in ihrem wissenschaftlichen Teil von Dr. Albers-Schönberg, Dr. Walter und Dr. Hahn, sowie in ihrem litterarischen Teil von der Verlagsbuchhandlung Lucas Gräfe & Sillem übernommen worden.

Es wird von der gesamten Ausstellung ein Katalog gedruckt werden, für welchen die Aussteller möglichst frühzeitig ihre Notizen einsenden wollen.

Platzmiete wird nicht erhoben, dagegen haben die Aussteller für die Feuerversicherung selbst zu sorgen. Desgleichen haben sie, soweit es sich um grofse Apparate handelt, das Ein- und Auspacken sowie das Aufstellen selbst zu veranlassen. Letzteres kann auf besonderen Wunsch und gegen Erstattung der Selbstkosten auch von den Leitern der Ausstellung besorgt werden. Die letzteren übernehmen indessen in diesem Falle keine Verantwortlichkeit. Anmeldungen, Anfragen, Korrespondenzen etc. sind an die Redaktion der *Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen* Dr. Albers-Schönberg, Esplanade 38, Hamburg, zu richten.

Programm.

I. Physikalisch technischer Teil.

Durch Ausstellung neuester Induktoren- und Unterbrechertypen, sowie durch Vorführung der letzteren im Betriebe soll ein Vergleich derselben unter einander

ermöglicht werden. Besonderer Wert wird auch auf Apparate für Wechselstrombetrieb, Stereoskop-Apparate, sowie auf leicht transportable, besonders für Kriegszwecke eingerichtete Instrumentarien gelegt werden.

Für die Aussteller stehen Gleichstrom bis zu 220 Volt und Wechselstrom von 120 Volt Spannung zur Verfügung.

Ferner sollen Röhren, besonders auch solche für hohe Beanspruchung, seitens der Aussteller im Betriebe gezeigt werden. Besonderer Wert wird auf weiche Röhren mit Vacuumregulierung, wie solche vorwiegend für Behandlungszwecke gebraucht werden, gelegt werden.

Endlich kommen auch die Hülfsapparate, wie Röhrenhalter, Bleiblenden, Kassetten, Lagerungstische, Verstärkungsschirme u. s. w. zur Ausstellung.

II. Medizinischer Teil.

Dieser Teil der Ausstellung soll zeigen, was das Röntgenverfahren bisher in der Diagnostik und in der Therapie geleistet hat. Es sollen vorwiegend solche Bilder, Originalplatten oder Diapositive ausgestellt werden, deren Herstellung entweder mit technischen Schwierigkeiten verbunden oder deren medizinische Bedeutung besonders grofs ist.

Über Züchtung gesunder Menschen. Zukunftsmusik an der Wende des Jahrhunderts, von E. Heddaeus-Essen a. R. (*Allgem. med. Centralztg.* 1901. No. 6). Verfasser geht von dem Gedanken, aus, dafs gesunde Menschen gesund bleiben werden, wenn man die Krankheitsursachen von ihnen fernhält. Er hält es für verfehlt, diese Ursachen in den Basillen zu suchen: die Menschheit hätte ja sonst schon längst aussterben müssen, da sie doch bis vor Kurzem gegen diesen Feind ganz ungeschützt war, und die Tiere schützen sich auch heute noch nicht und leiden doch viel weniger unter Krankheiten, als die Menschen. „Die Lügen", die von den Menschen gelogen werden in Bezug auf alles, was mit der sexuellen Sphäre zusammenliegt, die Prüderie, Heuchelei, Scheinheiligkeit und Verlogenheit der Menschen auf sexuellem Gebiete und die daraus resultierende Durchseuchung mit „Syphilis und Alkohol..", das sind die Ursachen der Leiden!! Die „Urlüge" ist die, die Befriedigung des Geschlechtstriebes zwischen Unverehelichten als eine Sünde zu betrachten. Der Geschlechtstrieb ist physiologisch, seine Befriedigung gleichfalls, der gesunde Erwachsene hat das Recht, unter Umständen die Pflicht, ihn zu befriedigen, und der Staat ist verpflichtet, wie für gesunde Lebensmittel, so auch für die Möglichkeit einer reinen, hygienisch unanfechtbaren Befriedigung des Geschlechtstriebes zu sorgen. Wenn das geschieht, so werden zunächst alle sexuellen Leiden verschwinden, die übrigen Krankheiten, voran „Scrofulose und Tuberkulose", werden folgen, das Bedürfnis nach Arzneien, den Alkohol mitgerechnet, wird aufhören. Heute ist alle Welt mit ererbter oder erworbener Syphilis durchseucht. Wer also gesunde Kinder haben will, mufs also zunächst in sich selbst jeden Keim der Syphilis tilgen. Den künftigen Generationen werden dann die Bazillen nichts mehr anhaben können, und die Kinder jener Zeit gesund zu erhalten, wird eine Kleinigkeit sein. (So allgemein der Wunsch, die Krankheiten aus der Welt zu schaffen, auch ist, diese Zukunftsmusik mit dem Leitmotiv der freien Liebe, wird weder Anklang finden, noch den vom Verfasser erhofften Erfolg haben. Ref.). *A. Loewald-Cassel.*

Die Grenzgebiete zwischen Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 51 u. 52.) Planmäfsig von Kopf bis zu den Füfsen vorschreitend bespricht J. unter Demonstration entsprechender Fälle (Vortrag f. pr. Ärzte in d. Charité) die verschiedenen Hauterkrankungen, welche zu

Verwechslung mit Syphilis führen können. Es kommen in Betracht die verschiedenen Formen von Alopecia areata, die Psoriasis, Lichen ruber planus (gegenüber dem papulösen Syphilid), Impetigo contagiosa, die Leukoplakia lingualis et buccalis, deren syphilitischer Ursprung noch vielfach angezweifelt wird, im Vergleich zu den Plaquesnarben; ferner noch im Gesicht die Acne varioliformis und zuweilen der Lupus vulgaris gegenüber syphilitischen Hauterscheinungen. Am Rumpfe können letztere leicht mit Hg-Exanthem, auch mit Herpes tonsurans maculosus et squamosus oder mit Pityriasis rosea verwechselt werden. In gar nicht seltenem Zusammenhang mit Lues sollen die Unterschenkelgeschwüre stehen; bei der varikösen Form derselben hat übrigens J. gute Erfolge mit dem Crurin (in über 100 Fällen) gehabt, er wandte dasselbe mit Amylum aa gemischt an, bei mäßig großen Ulcerationen sei dieses Mittel von unschätzbarem Vorteil gewesen. Zum Schlusse seines Vortrags stellt J. einen Patienten mit multiplen Angiokeratomen an sämtlichen Zehen vor.

Stern-München.

Sexuelle Unmäßigkeit, von Jennie Drennan-St. Thomas (Ontaria). (*New York med. Journ.* 5. Jan. 1901.) Wie der Alkoholismus, gegen den jetzt so mächtig gekämpft werde, so sei auch der unmäßige Geschlechtsgenuß ein nicht minder großes Unglück für die Menschheit. Die Erziehung allein kann hier Abhülfe schaffen und muß daranf das Hauptgewicht legen, daß der Geschlechtsverkehr nicht zum Vergnügen und Sinnreiz, sondern nur der Fortpflanzung dienen solle. Verfasserin verurteilt all' diejenigen, welche bloß den außerehelichen Geschlechtsverkehr verurteilen, als Mitschuldige an den zahlreichen Fällen, wo unter dem Stempel des Gesetzes, d. h. in der Ehe, so viele Frauen von ihren Männern in verschiedener Form mißbraucht und unglücklich gemacht werden.

Wenn Verfasserin andererseits auch jede willkürliche Beschränkung der Kinderzahl verwirft, so dürfte sie, deren Worte im Übrigen viel Wahres enthalten, doch zu wenig die sozialen Verhältnisse berücksichtigen. *Stern-München.*

Über die Beseitigung der Hg- und Jodkaliumdyspepsie, von Bolen. (*Therap. Monatsh.* Januar 1901). Um die zweiten im Gefolge von Quecksilber- oder Jodkaliumkuren auftretenden Störungen des Appetites und der Verdauung zu verhüten, verordnet B. regelmäßig 3 mal täglich 10—15 Tropfen Extr. Chinae Nanning in etwas Portwein. Besteht die Dyspepsie bereits, so ist der Erfolg nicht gleichmäßig. Unter 15 Fällen, von denen 12 gleich vom ersten Tage der Behandlung das Mittel erhielten, ist „nur" zweimal das Resultat nicht günstig gewesen,

A. Loewald-Cassel.

Erfahrungen aus der dermatologischen Praxis, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Januar 1901). An einer Reihe von Beispielen führt Verfasser dem Spezialfache fernstehenden Kreisen die Wichtigkeit einer richtigen Diagnosestellung und Therapie bei Hautkrankheiten vor Augen. *A. Loewald-Cassel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 8. 15. April 1901.

Aus der dermourologischen Abteilung des kaiserlichen Marinehospitals.

Histologische Studie über die Wirkung des Chrysarobins in 3 Fällen von psoriasisähnlichem seborrhoischen Ekzem.

Dritter Teil.

Von

Menahem Hodara-Konstantinopel.

Mit Tafel V.

In den beiden vorangegangenen Abschnitten haben wir den histologischen Befund nach der Anwendung des Chrysarobins auf die Haut des Menschen beschrieben (s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIX, 1891). In dem nachfolgenden Teile werden wir uns mit den Veränderungen beschäftigen, die wir in drei Fällen von psoriatiformem seborrhoischem Ekzem (Unna), das einige Autoren mit der Psoriasis identifizieren, constatiert haben. In einem anderen, später erscheinenden Teile, werden wir sodann die histologischen Veränderungen nach Chrysarobinapplikation bei Alopecia areata beschreiben.

Campana und Bignone[1] haben die Resultate ihrer Untersuchungen nach Chrysarobinbehandlung der Psoriasis beschrieben. Eine der letzten über diesen Gegenstand erschienenen Arbeiten ist von Bosellini.[2] In dieser Abhandlung findet man eine Übersicht der histologischen Veränderungen, welche von den verschiedenen Autoren bei der Psoriasis constatiert worden sind und Litteraturangaben über diese Affektion. Der Autor hat 6 Fälle von Psoriasis in ihren verschiedenen Formen (punctata, guttata, numularis, lichenoides, verrucosa, rupioides, vulgaris etc.) untersucht, indem er zunächst die Veränderungen der Psoriasisplaques feststellte und diese

[1] Campana und Bignone: Della psoriasi. Studio clinico-istologico-sperimentale. *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1890.

[2] Bosellini, Über den psoriatischen Prozeſs u. s. w. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 29.

mit der umgebenden gesunden Haut verglich, dann den Befund nach Chrysarobinbehandlung oder spontaner Abheilung der Affektion beschrieb. Seine Schlufsfolgerungen sind folgende:

Aus dem oben beschriebenen histologischen und experimentellen Befunde geht aufser den morphologischen Thatsachen, welche die normale und pathologische Keratinisation betreffen, in pathogenetischer Beziehung hervor, dafs es sich bei der Psoriasis vor allem um Erscheinungen handelt, die sich auf die Gefäfse beziehen. Diese Erscheinungen sind mehr vasomotorischer, denn eigentlicher entzündlicher Natur, indem nicht nur das Ödem vorherrscht und Diapedese selten ist, sondern beide Erscheinungen da und dort sprungsweise im Verlaufe gewisser Gefäfsbezirke oder Kegel oder, wenn an derselben Stelle und in derselben Plaque, in Zwischenräumen stattfinden. In der Cutis läfst sich dies am sprungweisen Auftreten der Diapedese in den Papillen und der gleichzeitigen intermittierenden Ansammlung von Leukocyten in der Dicke der Epidermis erkennen; in der letzteren am Abwechseln und der Übereinanderlagerung normaler und veränderter Epidermiszonen. Dies war, wie gesagt, der Grund der Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren bei der anatomischen Beschreibung des Prozefses.

Dieses Ödem führt zu einer serösen Imbibition der Zellen der Schleimschicht, was wieder ein fortschreitendes Verschwinden der Protoplasmafasern zur Folge hat. Zu jenen Vakuolenbildungen in der Epidermis, wie bei akuten Exsudationen, kommt es hingegen nicht. Der Verlust dieser Protoplasmafasern und das Fehlen des Keratohyalins, sowie die Bildung unvollkommener oder hornartiger Zellen (Parakeratose) bilden einen gleichzeitigen Befund, oder aber die Fasern verschwinden vor dem Keratohyalin.

In Anbetracht des anfallsweisen Auftretens dieser vasomotorischen Erscheinungen zeigen sie die Merkmale von nervösen Störungen, die aber mehr zentraler, denn peripherer Natur sind. Es kann nämlich kaum angenommen werden, dafs es durch Vermittlung der Gefäfse mittels Giften oder Toxinen zu lokalen Reizzuständen kommt, weil in den Gefäfswandungen jede Spur von entzündlicher Veränderung von Karyokinesen oder Proliferationsprozessen fehlt.

Die künstliche (durch Chrysarobin) oder spontane Reparation tritt als ein aktiver entzündlicher Prozefs in die Erscheinung, welcher einen Schwund des Ödems und entspechend eine Neubildung von Epithel im Rete Malphighii, das Auftreten von Keratohyalin und eine normale Verhornung zur Folge hat.

Bei der spontanen Wiederherstellung werden vielleicht diese vasomotorischen Erscheinungen unbekannter Natur unterbrochen. Das Auftreten von Entzündungserscheinungen könnte sodann in Beziehung

gebracht werden mit dem Umstande, dafs die Involutionsprodukte der Gewebe mit positiven und negativen chemotaktischen Eigenschaften ausgestattet sind (Bouchard).

Dies alles scheint die nervöse Theorie der Psoriasis zu unterstützen, welche in letzter Zeit einen neuen Beitrag erhalten durch die Arbeit von Kuznitzky, welcher den Prozefs als eine angioneurotische Erscheinung zentralen Ursprungs auffasst.

Das Material, welches dieser histologischen Studie zu Grunde liegt, stammt von nur drei Fällen von Ekzema seborrhoicum psoriasiforme (Unna) her.

Erster Fall.

Es handelt sich um ein seborrhoisches Ekzem (Pityriasis sicca) des Haarbodens bei einem zwölfjährigen anämischen Kinde. Im Gesichte konstatiert man kleine trockene, squamöse, gelbliche seborrhoische Plaques; auf dem Rumpfe und an den Gliedmassen sieht man da und dort dissemenierte, ganz kleine flache, nicht papulöse Scheiben, welche von mehr oder weniger dicken Schuppen bedeckt sind; einige dieser Scheibchen sind von einem roten Rande umgeben. Von den fünf zur mikroskophischen Untersuchung excidierten Hautstückchen wurde das erste nicht mit Chrysarobin behandelt, die vier anderen nur leicht. Während der Behandlung sah man im Gesichte einige kleine Plaques, die ohne Chrysarobin spontan abheilten, unter Abstossen der Schuppen.

Erstes Stück. Dasselbe bildet eine kleine, flache, nicht papulöse, von einer graulichen Schuppe bedeckte Plaque, welche zum Vergleiche mit den anderen vier Stücken nicht mit Chrysarobin behandelt wurde. Mikroskopisch erscheint die Schuppe von verschiedener Dicke, stellenweise dünn und abgeflacht, stellenweise viel dicker und verhältnismäfsig beträchtlich über das umgebende Hautniveau emporragend. Sie setzt sich zusammen aus mehreren übereinandergelagerten Schuppenlamellen, die mehr oder weniger eng zusammenhängen. Stellenweise sind die Lamellen in normaler Weise verhornt, an anderen Orten dagegen bestehen parakeratotische Veränderungen mit zahlreichen parallel gelagerten Schichten mehr oder weniger abgeflachter oder ovalärer Zellkerne; an einigen Punkten der Schuppe sieht man Leukocytenansammlungen. Stellenweise sind diese übereinandergelagerten Lamellen teilweise parakeratotisch, teilweise normal verhornt. An den Einsenkungen und im Gebiete der Drüsenmündungen senken sich die Lamellen ebenfalls tief ein und lagern sich korkartig neben einander.

In den oberen Schichten dieser Lamellenschichten sieht man stellenweise Kokkenherde, die zerstreut oder in Gruppen oder kompakten Haufen liegen; in diesen Herden sind einzelne Kokken zwei-, dreimal so

groſs oder noch grösser als die anderen. Pigmentanhäufungen findet man in der ganzen Schuppe nirgends. Unterhalb dieser letzteren fehlt an einigen Stellen die Körnerschicht, und die Stachelzellen gehen parakeratotische Veränderungen ein. Hie und da konstatiert man in der Stachelzellenschicht etwas Ödem, eine leichte Hypertrophie der Stachelzellen und eine Andeutung von Zellenproliferation. In der Schicht der Basalzellen hat sich eine beträchtliche Menge von Pigment angesammelt. An anderen Stellen hat sich unterhalb der Schuppe eine Körnerschicht zu bilden angefangen und an noch anderen hat sich eine solche bereits vollständig entwickelt; dieselbe zeigt sich sogar ziemlich dick, aus drei bis vier Zellenreihen zusammengesetzt und von einer normalen hellen Hornschicht überzogen. Die Veränderungen wechseln also von einer Stelle zur andern ziemlich beträchtlich; einzelne Punkte sind in spontaner Heilung begriffen, andere mehr oder weniger verändert. In der Cutis sind die Capillaren, die subpapillären und Cutisgefäſse stark dilatiert, ihre Wandungen sind verdickt und mit mehreren Schichten parallel gelagerter perithelialer Zellen infiltriert. Um die Capillaren und die Gefäſswandungen herum läſst sich eine Bindegewebszelleninfiltration in Gestalt von perivaskulären Herden konstatieren. Diese Zelleninfiltration ist an einzelnen Stellen viel stärker ausgebildet, als an anderen. In den Herden lassen sich zahlreiche Bindegewebszellen erkennen, welche intensiv gefärbt sind und mehr oder weniger rundliche Kerne führen. Diese Zellen haben eine gewisse Ähnlichkeit mit Leukocyten, unterscheiden sich aber von ihnen in mehrfacher Hinsicht, hauptsächlich dadurch, daſs das Protoplasma in einzelnen Zellen ein schwammartiges Aussehen hat, in Gestalt von feinen langen ein- oder mehrfachen Fortsätzen. Ferner konstatiert man in den genanten Infiltrationsherden um die Gefässe herum und im Gewebe selbst verschiedene andere Gewebszellen mit Kernen und stark hypertrophiertem Protoplasma, das sich immer schwächer färbt; einzelne dieser Zellen sind in mehrere unregelmäſsiggeformte Stückchen von blasser Färbung zerfallen und im Begriffe vollständig zu verschwinden. In den oberen Cutisabschnitten besteht ein ausgesprochenes Ödem und die Lymphspalten sind beträchtlich erweitert. Das Aussehen der Papillen ist verschieden: einzelne derselben sind bedeutend verlängert, dick und enthalten groſse Infiltrationsherde von Bindegewebszellen; andere dagegen sind eher verkleinert, abgeflacht und weisen eine nur geringe Zelleninfiltration auf. Auſserdem besteht in der ganzen Cutis eine mäſsige Proliferation und Hypertrophie der Bindegewebszellen des Gewebes.

Zweites Stück. Dasselbe ist dem vorhergehenden ähnlich und besteht aus einer mit einer graulichen Schuppe überdeckten Plaque, welche täglich einmal mit einer 2,5 prozentigen Lösung von Chrysarobin in Chloroform, während drei Tagen bepinselt, und dann zwei Tage lang

ohne Behandlung gelassen worden war. Am fünften Tage wurde die Plaque excidiert; die sie bedeckende Schuppe zeigte die gelbe Farbe des Chrysarobins. Mikroskopisch konstatierte man eine Auflockerung der unteren Hornlamellen, eine weinhefeartige Färbung der oberen Schichten und der inneren Hornschicht, welche unmittelbar das Haar umgiebt. Das Chrysarobin zeigt sich an einzelnen Stellen in roten körnigen Massen angesammelt. An der unteren Partie der Schuppe zeigen sich Anhäufungen von gelbem Pigment. An einzelnen oberflächlichen Abschnitten der Schuppe sieht man maulbeerartige Ansammlungen von Kokken. Stellenweise konstatiert man unterhalb der Schuppe eine dünne Schicht von Stachelzellen, die unter der Wirkung des Chrysarobins abgestorben sind, das Portoplasma sieht homogen und verschwommen aus, die Kerne sind atropisch, abgeflacht und in parallelen Schichten gelagert; auch hier wieder dasselbe gelbe Pigment, das auf die Chrysarobinwirkung zurückzuführen ist. Ebenso sieht man unterhalb der inneren follikulären Hornschicht stellenweise eine dünne Lage nekrotischer und pigmentierter follikulärer Stachelzellen. Unterhalb dieser letzteren fehlt stellenweise die Körnerschicht, an anderen Punkten dagegen ist sie mehr oder weniger stark entwickelt. Die darunter liegende Stachelzellenschicht ist bald dünner bald dicker und in den basalen Zellen findet man eine ziemlich grofse Menge von Pigment.

In der Cutis läfst sich kein deutlicher Unterschied erkennen zwischen dieser mit Chrysarobin leicht behandelten und der ersten, garnicht behandelten Plaque. Die Gefäfsdilatation, das Ödem und die perivaskuläre Zelleninfiltration ist bei beiden ungefähr dieselbe. Die Infiltration besteht nur aus Bindegewebszellen und weist keine Leukocyten auf. Es läfst sich höchstens erkennen, dafs einzelne Gefäfslumina weniger dilatiert sind.

Drittes und viertes Stück. Das erstere wurde drei Tage lang täglich mit dem Unnaschen 25%igen Chrysarobinstift, das letztere ebenfalls drei Tage lang mit Chrysarobinpflastermull von Beiersdorf behandelt. Am fünften Tage und nachdem, sie während zwei Tagen ohne jede Behandlung gelassen worden waren, wurden die Stücke excidiert. Die Schuppe war teilweise losgelöst und unterhalb derselben trat stellenweise eine neugebildete Hornschicht zu Tage, die weisser erschien als an der Peripherie. Mikroskopisch sehen die Schuppen dieser beiden Stücke aus wie diejenige des ersten Stückes; sie zeigen, besonders an der oberen Partie derselben, eine weinheferote Färbung vom Chrysarobin; auf dem Boden der Schuppe hat sich Pigment angesammelt. Unterhalb der Schuppe sieht man an einzelnen Punkten einige Reihen von nekrotischen und pigmentierten Stachelzellen. Unter diesen letzteren verläuft eine neugebildete Körnerzellenschicht, die stellenweise dicker ist als normal und von einer normalen, hellen neuen Hornschicht überzogen ist, welche noch

kein Pigment enthält und ein Abstofsen der nekrotischen Schicht und der Schuppe veranlasst hat. Stellenweise ist die Schuppe vollständig losgelöst und darunter verläuft die neugebildete, nicht pigmentierte Hornschicht, deren peripherer Teil vom Chrysarobin gelb gefärbt ist. In der Stachelschicht sieht man stellenweise in den basalen Lagen eine grofse Menge von Pigment, während dieses viel spärlicher ist in der neuen Hornschicht.

In der Cutis sind die Veränderungen analog denjenigen im ersten Stück mit dem Unterschiede nur, dafs die Gefäfslumina enger und das Ödem geringer ist. Die Gefäfswandungen sind dagegen auch hier verdickt und die perivaskuläre Zelleninfiltration (Bindegewebszellen ohne Leukocyten) ist ebenso ausgesprochen.

Fünftes Stück. Fünftägige Behandlung mit einer 2,5 %igen Chrysarobinlösung in Chloroform; Excision nach zwei weiteren Tagen. Der mikroskopische Befund ist mit dem oben beschriebenen absolut identisch.

Zweiter Fall.

Er betrifft einen dreifsigjährigen Mann mit Ekzema seborrhoicum psoriasiforme (Unna), das seit mehreren Monaten bestand in Form von kleinen leicht papulösen, mit mehr oder weniger dicken, psoriasisartigen Schuppen bedeckten Plaques. Diese lagen zerstreut an den Ellenbogen, den oberen und unteren Extremitäten, sowie auf dem Rumpfe. Der Patient hatte aufserdem ein trockenes seborrhoisches Ekzem der Oberlippe. Es wurden vier Stücke behufs mikroskopischer Untersuchung exstirpiert.

Erstes Stück. Kleine Plaque von seborrhoischem Ekzem vom Ellenbogen, die behufs Vergleich mit den anderen, mit Chrysarobin behandelten Stücken, unberührt gelassen wurde.

Die mikroskopischen Veränderungen sind denen des entsprechenden Stückes im ersten Falle analog. In der Stachelschicht sieht man jedoch hier ein schwammartiges Aussehen und ausgesprochene Zellenproliferation (Akanthose). An der Oberfläche konstatiert man eine Schuppe, deren Dicke nicht überall dieselbe ist und die aus über einander gelagerten, stellenweise keratinisierten, stellenweise hyperkeratotischen Hornlamellen besteht, die an einzelnen Punkten Ansammlungen von Leukocyten aufweisen. An einzelnen oberflächlichen Abschnitten der Schuppe lassen sich gröfsere Kokkenherde erkennen, deren Elemente zum Teile disseminiert liegen zum Teile zu mehr oder weniger kompakten Massen vereinigt sind.

Unterhalb der Schuppe fehlt stellenweise die Körnerschicht; einzelne Stachelzellenreihen sind parakeratotisch verändert, ihre Kerne abgeplattet und parallel gelagert; das Protoplasma ist beinahe farblos und in parakeratotischer Umwandlung begriffen. Die darunter liegende Stachelschicht

ist stellenweise ödematös, das Protoplasma färbt sich weniger gut und die Zwischenzellenräume sind in unregelmäfsiger Weise erweitert in Gestalt von breiten Kanälen oder kleinen Höhlen. Es besteht ausgesprochene Zellenproliferation; in den basalen Zellenreihen sieht man zahlreiche Mitosen und die interpapillären Zapfen sind dicker und verlängert. An anderen Stellen ist die Stachelschicht zwar nicht ödematös aber doch verdickt und besteht aus hypertrophierten und proliferierten Stachelzellen; man konstatiert zahlreiche Mitosen und an der Oberfläche eine in Neubildung begriffene oder vollständig entwickelte viel dickere Körnerschicht, die sich aus zahlreicheren und gröfseren Zellen zusammensetzt und von einer hellen normalen Hornschicht bedeckt ist. Die Veränderungen in der Epidermis ändern somit von einer Stelle zur anderen.

In der Cutis sind die Capillaren und Gefäfse stark erweitert, die ersteren unregelmäfsig geschlängelt und gewunden. Die Gefäfswandungen sind verdickt und mit Reihen von perithelialen Zellen infiltriert. Um die Gefäfswandungen herum besteht eine perivaskuläre Infiltration, die sich aus grofsen Herden kleiner Bindegewebszellen mit rundlichen, stark gefärbten Kernen zusammensetzt. Diese Zellen unterscheiden sich von Leukocyten durch die unregelmäfsige Gestalt der Kerne, das Fehlen der grofsen Chromatinkörner und des Protoplasmasaumes, den man am Rande zahlreicher Leukocyten sieht, und durch das Vorhandensein von dünnen, doppelten oder dreifachen, für die Bindegewebszellen charakteristischen spongioplastischen Fortsätzen in der Umgebung verschiedener dieser Kerne. In der Umgebung einiger Gefäfsverzweigungen ist diese perivaskuläre Zelleninfiltration sehr ausgesprochen, an anderen Stellen dagegen viel weniger. In den Papillen und dem Papillarkörper ist sie stellenweise sehr reichlich, in der mittleren und unteren Partie der Cutis dagegen schwach angedeutet. In den Infiltrationsherden und im Gewebe sieht man mehrere Bindegewebszellen, deren Kerne hypertrophiert oder im Begriffe sind zu zerfallen und zu verschwinden. Die Papillen sind ödematös und verdickt, die Lymphspalten stark erweitert. In der Cutis ist das Ödem weniger ausgesprochen.

Zweites Stück. Dasselbe stammt vom Arme. Es wurde etwa zehnmal mit dem Chrysarobinstift behandelt, zuerst täglich während vier Tagen, dann alle zwei Tage einmal. Makroskopisch erschienen die Schuppenlamellen weinheferot gefärbt und im Abstofsen begriffen, die Haut darunter dünn, stellenweise weifslich, stellenweise noch rot.

Unter dem Mikrokop konstatiert man, dafs die Hornlamellen zum grofsen Teile eliminiert sind; am oberen Teile der Lamellen sieht man Herde von Kokken. Unterhalb der Schuppe verläuft eine zum Teil parakeratotisch veränderte, unterbrochene Schicht mit gelben Pigmenthaufen, die stellenweise eine rötliche Färbung aufweisen. Unter dieser

pigmentierten Schicht sieht man proliferierte Stachelzellen und zahlreiche Mitosen, aufserdem eine dicke, neugebildete Stachelschicht mit grofsen, nicht ödematösen, normal aussehenden Zellen. Darüber hinweg verläuft eine Körnerschicht, die stellenweise noch in Entwickelung begriffen ist aber gröfstenteils schon neugebildet und dick ist, mit Reihen dicker Körnerzellen, darüber eine normale helle Hornschicht. Diese enthält fast kein Pigment und ist eng mit den darüber liegenden Hornlamellen verbunden. In der frischen Stachelschicht erscheinen die interpapillären Zapfen verkürzt; das Pigment der basalen Zellenreihen ist stark vermindert, dagegen ist dieses reichlicher vorhanden an den Stellen, wo sich die neue helle Hornschicht noch nicht vollständig gebildet hat. In der Cutis sind die Papillen kleiner als in dem ersten Stücke, weil das Ödem beinahe vollständig fehlt. Fast alle Cutisgefäfse sind relativ eng. Es besteht auch hier perivaskuläre Zelleninfiltration, dieselbe hat aber stark abgenommen. Die perivaskulären Zellenstränge sind compakter, weniger dick und sehen wie atrophisch aus; die Zellen sind gröfstenteils abgeplattet, atrophisch und intensiv gefärbt. Die Zelleninfiltration des Papillarkörpers ist gering in Folge von teilweiser Resorption und Schwund.

Drittes und viertes Stück. Dieselben wurden in analoger Weise, wie die beiden ersten excidiert und behandelt. Der makro- und mikroskopische Befund ist mit dem eben beschriebenen identisch.

Dritter Fall.

Derselbe betrifft einen siebenundzwanzigjährigen Mann mit Ekzema seborrhoicum psoriasiforme, das vor acht Jahren begonnen hatte, dann verschwunden ist und mehrmals recidiviert hat. Man sah an den Armen und den Handgelenken isolierte münzengrofse Plaques, die von weifslichen Schuppen bedeckt waren; an den beiden Händen befinden sich grofse rote, mit dicken Schuppen bedeckte Plaques, welche sich über die Hände vom Handteller bis an die Fingerspitze erstrecken. Eine weitere, ebenfalls grofse liegt an einem Fufsgelenke. Diese Plaques wurden zuerst mit einer 5%igen Chrysarobinlösung in Chloroform behandelt. Die kleineren Effloreszenzen verschwanden; an den Händen und am Fufse zeigte sich jedoch die Eruption sehr hartnäckig der Behandlung gegenüber und recividierte fortwährend.

Von den drei excidierten Stücken stammte das erste vom Handrücken und war während eines Recidivs, einige Wochen nach einer zweimonatlichen Chrysarobinbehandlung, entfernt worden. Es bestand eine starke ödematöse Schwellung des Handrückens mit intensiver Rötung, Rhagaden in den Hautfalten etc.

Unter dem Mikroskop erkennt man zwei oder drei über einander gelagerte Schuppen, die sich aus zwei oder drei Abschnitten der parake-

ratotisch veränderten und nach und nach zu übereinander gelagerten Schuppen umgewandelten Stachelzellenreihen zusammensetzen. Unterhalb der Schuppe fehlt stellenweise die Körnerschicht, und in der Stachelschicht sind die Zellen dick und etwas ödematös. Es besteht parenchymatöses und besonders intercelluläres Ödem; die Lymphspalten sind in unregelmäßiger Weise erweitert, stellenweise in Form von kleinen Höhlen. Das schwammartige Aussehen ist ausgesprochener als in den beiden ersten Fällen; es besteht Zellenproliferation mit zahlreichen Mitosen in den basalen Zellenreihen und den interpapillären Zapfen. An anderen Stellen ist die neugebildete Stachelschicht unterhalb der Schuppe nicht ödematös, die Stachelzellen sind sehr voluminös und enthalten viel reichlichere Mitosen und Zellenreihen. Man konstatiert eine neugebildete Stachelschicht. Das Protoplasma der Zellen ist voluminös und gut gefärbt, die Kerne stark vergrössert und reich an Chromatin; die Zwischenzellenräume sind nicht dilatiert und die interpapillären Zapfen stark vergrössert und gut gefärbt. An den Stellen der neugebildeten Stachelschicht, wo kein Ödem besteht, sieht man eine frische, stark verdickte, aus vier bis fünf Reihen enorm vergrößserter Zellen bestehende Körnerschicht, über welcher eine neue, helle Hornschicht verläuft.

In der Cutis ist das Ödem der Papillen sehr ausgesprochen, die Lymphspalten innerhalb derselben sehr erweitert. Die Capillaren der Papillen sind stark verlängert, bedeutend erweitert und geschlängelt. Die Cutisgefäße sind ebenfalls stark dilatiert und enthalten einige Leukocyten in ihrem Lumen. Das Ödem der Cutis ist sehr ausgesprochen, die Lymphspalten und -gefäße dilatiert, die Gefäßwandungen verdickt und mit parallelen Zellenreihen infiltriert. Um die Gefäße und Capillaren befinden sich Herde perivaskulärer Bindegewebszellen, ebenso in den Papillen und dem Papillarkörper. In der ganzen Cutis erkennt man eine Hypertrophie und Proliferation der Bindegewebszellen. Das Ödem und die Zelleninfiltration ist in einzelnen Papillen viel ausgesprochener als in anderen.

Nach der Excision dieses Stückes wurde die Behandlung mit Chrysarobin-, Pyrogallol- und anderen reduzierenden Salben noch längere Zeit fortgesetzt. Der Fall erwies sich als besonders hartnäckig; es kam zu scheinbaren Heilungen aber stets zeigten sich wieder Recidive.

Zweites Stück. Dieses stammt von der Plaque am Beine und wurde ebenfalls zwei Monate lang mit 5%igem Chrysarobin-Chloroform behandelt, dann vierzehn Tage lang unberührt gelassen, worauf sich ein Recidiv mit Rötung und Abschuppung einstellte, das aber weniger intensiv war als auf dem Handrücken, wo eine starke ödematöse Schwellung bestand. An der Oberfläche konstatiert man dicke Schuppen, die sich aus übereinander gelagerten Körner- und Stachelschichten zusammensetzen.

Unterhalb dieser Schuppen fehlt gröfstenteils die Körnerschicht und in der darunterliegenden Stachelschicht besteht ein parenchymatöses, meist intercelluläres Ödem leichteren Grades; das Zellprotoplasma ist schwach gefärbt, die Lymphspalten unregelmäfsig dilatiert und stellenweise kleine Höhlen bildend. In den basalen Zellenreihen und den interpapillären Zapfen sind die Stachelzellen nicht ödematös, gut gefärbt und in Proliferation begriffen; man sieht zahlreiche Mitosen.

An anderen Stellen unterhalb den Schuppen ist der Prozefs in Abheilung begriffen; die Stachelschicht ist nicht ödematös; man sieht eine neugebildete, sehr dicke Körner- und Stachelschicht, in den basalen Zellenreihen der sehr dicken neugebildeten Stachelschicht sind sehr zahlreiche Mitosen vorhanden.

An der Oberfläche sieht man über der neugebildeten Körnerschicht eine frische, helle, normale Hornschicht. Man hat also stellenweise veränderte, stellenweise normale, in Heilung begriffene Partien. Auf einer Seite ist die neugebildete Stachelschicht sehr dick und an einzelnen Stellen sieht man neben den Papillen eine verdünnte und auf einige wenige Zellenreihen reducierte Stachelschicht.

Veränderungen der Epithelialfasern im zweiten Stücke.

Die Präparate wurden nach folgenden Methoden gefärbt:

1. Färbung während einer Viertelstunde in einer koncentrierten alkoholischen Lösung von Gentianaviolett mit einigen Tropfen wäfserigen Anilins.

2. Fixierung während 3—5 Minuten in einer Lösung von Jodkalium, mit einigen Tropfen Wasserstoffsuperoxyd.

3. Nach Abtrocknen, Entfärbung in einer aus 10 Tropfen Anilin und 20 Tropfen Xylol bestehenden Lösung.

4. Entfernung des überschüssigen Xylols und Aufbewahren in Canadabalsam.

In diesen Präparaten konstatiert man, dafs in der Stachelschicht und an den Stellen, wo das parenchymatöse und intercelluläre Ödem mehr oder weniger ausgesprochen ist, die Fasern immer veränderter aussehen, sich weniger färben lassen und schliefslich da, wo das Ödem noch stärker ist, vollständig unsichtbar werden. Ebenso nimmt das Keratohyalin immer mehr ab und fehlt an einzelnen Stellen vollständig. Unterhalb dieser ödematösen Partien in den basalen Zellenreihen und in den interpapillären Zapfen, wo die Stachelzellen nicht ödematös und in Proliferation und Neubildung begriffen sind, erscheinen die Epithelialfasern gut gefärbt, immer dicker werdend. Die dicksten derselben, die Herxheimer'schen Spiralen, gehen in die Cutis über, wo sie sich verlieren. Unterhalb der Schuppe ist es bereits zur Neubildung einer normalen Stachel- und

Körnerschicht gekommen mit schön gefärbten Zellen. Auch die Fasern zeigen sich hier wieder; sie sind ebenfalls, wie das Keratohyalin, gut gefärbt und erstrecken sich bis in die Körnerzellen. Einige dieser Fasern lassen sich nach oben bis in die Keratohyalinkörner hinein verfolgen. Wir haben somit in diesem Falle analoge Veränderungen der Epithelialfasern konstatiert, wie BOSELLINI bei der Psoriasis.

Dritter Fall. Nach der Excision des vorhergehenden Stückes wurde die Plaque am Beine noch lange mit einer 5%igen Chrysarobinsalbe behandelt, bis zum Zeitpunkte, wo die Plaque ein normales Aussehen erhielt. Nachdem sodann die Behandlung während einiger Tage eingestellt worden war, zeigte sich wieder etwas Rötung aber keine Desquamation. Das Stück wurde in diesem Zeitpunkte excidiert.

Mikroskopisch erweist sich die Hornschicht überall normal und sehr dick. Darunter verläuft eine sehr dicke aus 4—5 Reihen enormer Zellen bestehende Körnerschicht; auch die Stachelschicht ist stark verdickt und zeigt zahlreiche Mitosen; die Stachelzellen sind bedeutend hypertrophiert, nicht ödematös und gut gefärbt. Die interpapillären Zapfen sind sehr dick. An einzelnen wenigen Stellen unterhalb der normalen Horn- und Körnerschicht sieht man Stachelzellen mit etwas parenchymatösem Ödem, die sich weniger intensiv färben; auch besteht etwas intercelluläres Ödem, mit Erweiterung der Zwischenzellenräume zu unregelmäfsig geformten Kanälen oder kleinen Höhlen. Das Keratohyalin einzelner Körnerzellen hat stark abgenommen oder ist selbst vollständig verschwunden. An diesen Stellen sind einige Stachelzellen parakeratotisch verändert, ihre Kerne abgeplattet und atrophisch. Das Zurückbleiben eines ödematösen schwammartigen Zustandes unterhalb einer normalen Horn- und Körnerschicht, welche die steten Recidive veranlafst, ist von UNNA beim chronischen Ekzeme des Beines ausführlich beschrieben worden. (Histopathologie pag. 221.)

In der Cutis sind die Capillaren und Gefäfse etwas dilatiert, aber viel weniger als im ersten Stücke. Einige Capillaren sind geschlängelt. Die Papillen sind bei weitem nicht so dick und ödematös wie im vorhergehenden Stücke. Die Verdickung und Zelleninfiltration der Gefäfswandungen ist vorhanden, aber ebenfalls weniger ausgesprochen. Man konstatiert eine leichte Proliferation und Hypertrophie der Bindegewebezellen und zahlreiche Mastzellen in der Umgebung der Gefäfse. Die Gefäfsveränderungen sind somit weniger ausgesprochen als im ersten Stücke.

Schlufsfolgerungen.

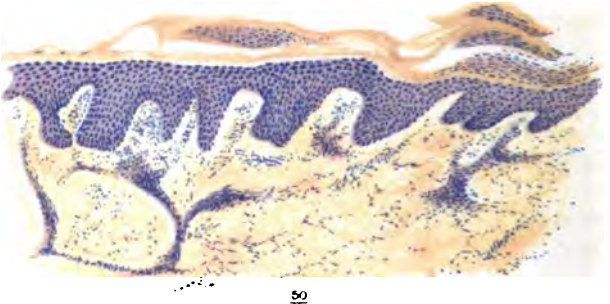
Die in diesen drei Fällen von Ekzema seborrhoicum psoriasiforme konstatierten Veränderungen bestehen in einer Exfoliation oberflächlicher

Schuppen, welche in Folge der Chrysarobinapplikation besonders in den oberen Partien eine weinheferote Färbung und eine Anhäufung von gelbem Pigment, hauptsächlich in den basalen Abschnitten, zeigen. Unterhalb der Schuppen ist ein mehr oder weniger beträchtlicher Teil der Stachelschicht, in Folge der Chrysarobinwirkung, nekrotisch und in eine desquamierende Schicht verwandelt, die Pigmentanhäufungen zeigt und sich wie die darüberliegende Schuppe eliminiert. Unterhalb dieser sich abschuppenden und pigmentierten Schicht sind die Stachelzellen in Proliferation begriffen (zahlreiche Mitosen); es hat sich eine neue Stachel- und Körnerschicht gebildet, welche dicker ist als im normalen Zustande; dieselbe enthält zahlreiche, hypertrophierte und gut gefärbte Zellen, aufserdem hat sich eine frische normale Hornschicht gebildet, die zunächst etwas weniger Pigment enthält, heller und weifslicher aussieht als die Hornschicht an der Peripherie der Plaques, welche dunkler ist und mehr Pigment enthält, besonders wenn dieser periphere Abschnitt der Plaque ebenfalls mit Chrysarobin behandelt worden war; sie nimmt dann eine weinheferote Färbung an. Später verschwindet dieser Farbkontrast zwischen zentraler und peripherer Partie der Plaque, indem Pigment in der neugebildeten Hornschicht auftritt.

In der Cutis führt die Chrysarobinbehandlung zu einer Verengerung der Capillaren und der dilatierten Gefäfse, die verlängerten Capillaren verkürzen sich, das Ödem verschwindet, die ödematösen und hypertrophierten Papillen werden kleiner. Die Verdickung der Gefäfswandungen und perivaskuläre Zelleninfiltration bleibt noch längere Zeit bestehen trotz der Chrysarobinbehandlung; sie hat aber stark abgenommen und es ist zu teilweiser Atrophie und Resorption gekommen.

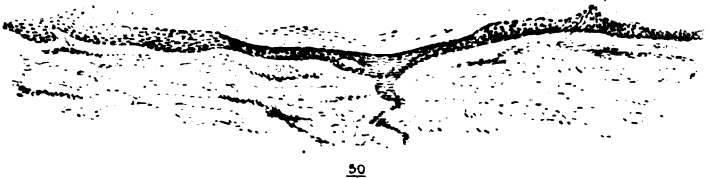
Da, wo es sich um Recidive nach Chrysarobinbehandlnng handelt, konstatiert man von neuem eine Dilatation der Capillaren und Gefäfse. Aufserdem besteht mehr oder weniger starkes Ödem, besonders in den Papillen und der oberflächlicheren Partie der Cutis; die Gefäfswandungen sind verdickt und es besteht zellige Infiltration in der Umgebung der Gefäfse und im Papillargewebe. In der Epidermis sieht man an einzelnen Stellen der Stachelschicht ein parenchymatöses und intercelluläres Ödem. Hier sind die Epithelialfasern verändert, schwach gefärbt oder vollständig farblos und unsichtbar. Das Keratohyalin verschwindet und führt zur Bildnng von parakeratotischen Hornzellen mit abgeplatteten Kernen (Parakeratose); es haben sich ferner neue Schuppen gebildet. In den basalen Reihen der Stachelschicht besteht Proliferation der Elemente (Akanthose); man erkennt zahlreiche Mitosen, besonders in den unteren Partien der interpapillären Zapfen, wo die Zellenproliferation bedeutender ist. Die Veränderungen in der Epidermis ändern von einer Stelle zur anderen; an einigen Stellen konstatiert man parenchymatöses und intercelluläres

Fig. 1.



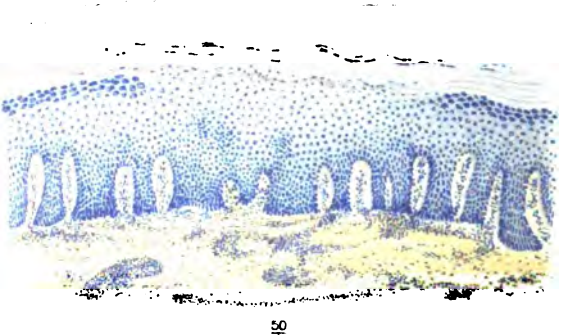
$\frac{50}{1}$

Fig. 2.



$\frac{50}{1}$

Fig. 3.



$\frac{50}{1}$

Hodara

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Ödem (spongiöser Zustand) und abnorme Verhornung (Parakeratose), an anderen normale Keratinisation und Fehlen von Ödem, noch an anderen ist es zur spontanen Heilung gekommen und es hat sich eine neue dickere Körnerschicht und eine normale Hornschicht gebildet.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Erstes Stück des nicht mit Chrysarobin behandelten zweiten Falles von Ekzema seborrhoicum psoriasiforme.

Die Veränderungen variieren von einer Stelle zur anderen. Abnorme Verhornung auf der einen Seite, Fehlen der Körnerschicht und direkte Umwandlung der Stachelzellen in parakeratotische Hornzellen mit abgeplatteten Kernen. Parenchymatöses und intercelluläres Ödem in der Stachelschicht; Zellenproliferation, Mitosen, Verlängerung der interpapillären Zapfen. An anderen Stellen normale Horn- und Körnerschicht; normale Verhornung. Stellenweise spontane Abheilung des Prozesses unterhalb der Schuppe durch Zellenproliferation und Bildung einer sehr dicken Stachel- und Körnerschicht, sowie einer normalen hellen Hornschicht.

In der Cutis Dilatation der Gefäfse und Kapillaren, die stellenweise geschlängelt sind. Ausgesprochenes Ödem der Papillen und des oberflächlichen Cutisabschnittes. Verdickung der Gefäfswandungen, welche mehrere parallele Reihen proliferierter perithelialer Zellen enthalten. Perivasculäre Infiltration durch stellenweise sehr dicke Herde von Bindegewebszellen. Die Bindegewebszellen des Cutisgewebes sind ebenfalls proliferiert und hypertrophiert.

Fig. 2. Ca. 10 mal mit dem 25%igen Chrysarobinstifte behandelte Plaque. Unter der in Exfoliation und Elimination begriffenen Schuppe erscheint ein Teil der nekrotischen und in eine desquamierende Fläche umgewandelten Stachelschicht; Anhäufung von gelbem Pigment in Gestalt von körnigen Streifen oder von abgeplatteten Haufen gelben Pigmentes. Darunter Zellenproliferation und Bildung einer nicht ödematösen Stachel- und Körnerschicht und einer hellen normalen Hornschicht. In der Cutis sind die Gefäfse und Kapillaren wieder enger, das Ödem ist verschwunden, die perivaskuläre Zelleninfiltration besteht noch, hat aber bedeutend abgenommen.

Fig. 3. Frühestes Initialstadium eines Recidivs (äufserst chronisch verlaufende und hartnäckige dicke Plaque vom Unterschenkel; wurde lange Zeit mit 5%iger Chrysarobinsalbe behandelt; anscheinende Besserung; Sistierung der Behandlung während einiger Tage, Wiederaufflackern des Prozesses, ohne Schuppenbildung). Drittes Hautstück des dritten Falles.

Normal aussehende, sehr dicke Hornschicht. An den Stellen, wo es noch nicht zum Recidiv gekommen ist, sehr dicke Körner- und Stachelschicht, mit bedeutender Proliferation und Verlängerung der interpapillären Zapfen. Da, wo sich bereits ein Recidiv zu zeigen beginnt, sieht man in den oberflächlichen Schichten der Stachelzellen ein parenchymatöses und intercelluläres Ödem mit unregelmäfsig dilatierten, breite Kanäle und kleine Höhlen bildenden Zwischenzellenräumen (spongiöser Zustand, Unna). Schwund des Keratohyalins und Beginn einer Umwandlung der Stachel- und Körnerzellen in parakeratotische Hornzellen mit abgeplattetem Kerne (Parakeratose), welche zur nachherigen Bildung der Schuppe führt. In der Cutis sind die Kapillaren und Gefäfse etwas dilatiert, einzelne Kapillaren geschlängelt. Die Papillen sind dick und es besteht bereits etwas Ödem, besonders in den Papillen und in den oberen Partien der Cutis. Verdickung der Gefäfswandungen und perivaskuläre Infiltration in Gestalt von dicken Haufen von Bindegewebszellen. Leichte Proliferation und Hypertrophie der Bindegewebszellen des Cutisgewebes.

Zur Histopathologie der parasitären Melanodermie.

Von

Prof. Dr. Ch. Audry-Toulouse.

Es bestehen bereits 5—6 Theorien, um das Zustandekommen und die Natur der phthiriastischen Melanodermie der Landstreicher zu erklären, während nur wenige histologische Untersuchungen dieser Dermatose vorliegen. Mir ist wenigstens nur die eine, dazu noch ganz unvollkommene von Devic (in der Thèse de Grisel, Lyon 1894) bekannt. Er spricht da von einem rötlich braunen Pigment, das die ganze Malpighische Schicht durchsetzt, am massenhaftesten aber in der Keimschicht ist. Die festen Zellen in der Umgebung der Papillargefäfse enthielten Pigmentkörner; es fehlte jede Spur von Hämorrhagie und die Gefäfse waren frei von Pigment.

Es ist nun besonders interessant, die Hautveränderungen bei der parasitären Melanodermie mit denjenigen bei dem Morbus Addisonii zu vergleichen; in beiden Fällen weist die Mundschleimhaut Pigmentflecken auf, die oft eine grofse Ähnlichkeit mit einander haben.

Von einem Vagabunden, der gleichzeitig Läuse und Melanodermie hatte, sich im übrigen wohl befand und uns seit langem bekannt war, habe ich von der Aufsenseite des linken Oberschenkels ein Stückchen Haut ausgeschnitten. In diesem Falle fehlten freilich die Verfärbungen im Munde, die Melanodermie war aber sehr ausgesprochen und fast über den ganzen Körper verbreitet. Die Biopsie betraf einen Punkt, wo jede Spur von voraufgegangenem Kratzen fehlte. Das ausgeschnittene Stückchen wurde zum Teil in Alkohol, zum Teil in Flemming gehärtet und mit Pikrokarmin Ranvier, mit Polychromblau (Tannin-Orange, Tannin-Fuchsin, Glycerin und Br.-Mischung) und mit Safranin (Tannin-Orange) gefärbt.

Cutis. In den tiefen Schichten der Cutis fand ich nur ganz unbedeutende Veränderungen, nur einige Rundzelleninfiltrate in der Nachbarschaft der Gefäfse.

In der subpapillären Schicht dagegen finden sich bemerkenswerte Veränderungen, die bald stärker, bald schwächer, immer aber gleichartig sind. Und zwar handelt es sich um Zellinfiltrate, die aber auf die nächste Umgebung der Gefäfse, besonders der Lymphgefäfse beschränkt sind. Diese Infiltrate bestehen im wesentlichen aus Lymphkörperchen, doch sind auch Mastzellen, die durch Polychromblau schön violettrosa gefärbt sind, in nicht spärlicher Menge vorhanden. In der Nähe der

Lymphgefäfse ist ab und zu eine kreisrunde Schicht des Bindegewebes von den Zellen ganz zerstückelt.

An diesen Punkten befindet sich viel Pigment, das aber ganz regellos in Form von Körnern oder kleinen Blöcken verteilt ist. Dieselben liegen teils frei zwischen den Bindegewebszügen, teils sind sie mit den Zellen verklebt oder gar in deren Inneres gedrungen; in letzterem Falle handelt es sich fast immer um längliche Elemente. Pigmentführende Lymphzellen habe ich nur innerhalb der Gefäfse beobachtet; die Mastzellen enthielten niemals Farbstoff. Offenbar ist letzterer auf die Umgebung und das Innere der um die Lymphgefäfse lagernden Zellinfiltrate beschränkt.

Die Fasern des Bindegewebes sind verdickt, derb und aneinander gepreßt; die elastischen Fasern sind seltener, gröber, gewundener als im normalen; die Bindegewebszellen endlich sind an Zahl nicht vermehrt, häufig aber verlängert, fast spindelförmig, selten verzweigt.

In den Papillen selber sind die Störungen geringer als im subpapillaren Gewebe. Die Zahl der Zellen ist vielleicht etwas vermehrt, aber es fehlt hier jedes Zeichen einer ausgesprochenen Entzündung. Die Pigmentblöcke liegen immer in der Achsenrichtung der Papille; sie sind in Menge vorhanden, besonders an der Spitze, in der Nähe der Epidermis; bisweilen stößt man auf schön verzweigte Zellen, die mit ganz feinen Pigmentkörnern wie injiziert sind.

Um die Schweifsdrüsen, den Haartrichter und die Talgdrüsen herum fehlt jeder Entzündungsreiz; die Talgdrüsen selber sind ebenfalls gesund. Das Epithel der Schweifsdrüsen ist zwar auch erhalten, es kam mir aber vor, als ob die Zellen etwas undeutlich, granuliert seien; Pigment enthielten sie jedoch keines. Die Mm. arrectores pil. waren deutlich hypertrophiert.

Eine Veränderung an den Blutgefäfsen, Spuren älterer oder frischerer Hämorrhagien u. s. w. konnte ich trotz eifrigen Suchens nicht finden.

Epidermis. Die Keimschicht ist bis auf reichliche Anwesenheit von Pigment normal. Dieses ist ziemlich gleichmäfsig in Form zarter, leicht gelblicher Körner verteilt, und zwar scheinen die Körnchen äufserlich an den Zellen zu haften, d. h. sie füllen die Intercellularräume aus. An und zwischen den Fufsenden der Cylinderzellen gewahrt man einige weifse, in der Wanderung begriffene Blutkörperchen.

Die „Couche filamenteuse“ ist merklich hypertrophiert. Diese Hypertrophie kommt durch eine Verdickung zum Ausdruck, welche namentlich in der Höhe der Columnae interpapillares ganz beträchtlich ist. Die Mitosen sind hier sicher viel zahlreicher als im normalen, im übrigen scheinen die Zellen ganz unverändert zu sein. Pigment ist durch die ganze Schicht verbreitet, es lagert hier, wie in der Keimschicht, aufser-

halb und zwischen den Zellen und besteht nur aus wenig zahlreichen feinen Körnern.

Körnerschicht und Stratum lucidum sind reich an Eleidin. Die Hornschicht endlich ist regelrecht und fest keratinisiert.

Schlufssätze.

Im subepithelialen Bindegewebe: Sklerosierung des Bindegewebes. Lymphkörperchen und Mastzellen rings um die Lymphgefäfse. Freies Pigment neben und zwischen den Zellen in der Nachbarschaft der Lymphgefäfsinfiltrate und in der Achse der Papille.

Im Epithel: Deutliche Akanthose, erkenntlich an der Vermehrung der Mitosen sowie an der Verdickung des Stratum filamentosum. Intra- und extracelluläre Ablagerung ganz feiner Pigmentkörnerchen, besonders reichlich in der Gegend der Keimschicht.

Dank dieser Akanthose und des subinflammatorischen Zustandes der Cutis kann man eine Melanodermia ex Phthiriasi ganz leicht von einer Addisonschen Haut unterscheiden. Aber meine Untersuchung hat nichts zu Tage gefördert, das sich auch nur notdürftig als Erklärung für die Herkunft des Pigments verwenden liefse. Doch neige ich zur Annahme, dafs es in der Epidermis, vielleicht in den exoplastischen Schichten des Protoplasmas der Malpighischen Zellen entsteht, dafs es durch die Wanderzellen weitergeschleppt wird und dafs, nach der von mir und Lacroix aufgestellten Theorie, die pigmentführenden und verästelten Zellen als klasmatocytäre zu betrachten sind.

Das Alles aber stellt nichts spezifisches dar, sodafs vom anatomischen Standpunkt aus die Pigmentierung der Phthiriastiker eine ziemlich belanglose Erscheinung ist.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Kasuistische Beiträge zu Hautaffektionen nach innerlichem Arsengebrauch.

Von

Dr. Stark-Posen.

Das Arsen gehört unzweifelhaft zu denjenigen Mitteln unseres Arzneischatzes, die eine sehr ausgiebige Anwendung finden, und gerade deswegen mufste es auch das Loos dieser Medikamente teilen, indem es kurz nach seiner Einführung in die Therapie für ein Universalheilmittel galt und erst allmählich erkannt wurde, dafs es nicht nur öfter versagt, sondern auch Böses zu stiften vermag. Die Litteratur der letzten Jahre brachte uns so viele Mitteilungen über Intoxikationen nach innerlichem und subcutanem Arsengebrauch, die sich sowohl auf die Haut als auch auf innere Organe beziehen, dafs es geboten erscheint, in der Anwendung dieses Medikamentes mit gröfserer Vorsicht vorzugehen, als dies bis vor kurzem üblich war.

Möge es mir erlaubt sein, die diesbezügliche Kasuistik durch zwei Fälle von Hautaffektionen nach innerlichem Arsengebrauch, die ich in meiner Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte, zu bereichern.

In dem ersten Falle handelte es sich um eine junge Frau, die an Akne vulgaris faciei litt. Neben anderer Medikation verschrieb ich ihr innerlich Arsen in Form von:

Solut. ars. Fowleri
Aqu. menth. piperit. ana

mit dreimal täglich drei Tropfen beginnend, jeden Tag um dreimal einen Tropfen steigend, bis zu dreimal täglich 20 Tropfen. Als die Patientin nach ca. drei Wochen wiederum bei mir erschien, war die Akne bis auf kleine Reste beseitigt, doch die Gesichtshaut zeigte eine, wenn auch sehr geringe, so doch sichtbare Gelbfärbung. Die Patientin war hierüber nicht sehr beunruhigt, denn sie war überzeugt, dafs diese Verfärbung eine Folge der Ichthyolsalbe wäre, die sie tagsüber gebrauchte. Da ich öfters beobachtet habe, dafs unter Ichthyolsalben thatsächlich eine geringe und schnell vorübergehende Gelbfärbung der Haut eintritt, so erschien auch mir diese Erklärungsweise plausibel, und ich entliefs die Patientin, nachdem ich ihr statt der Ichthyolsalbe Borvaselin verschrieb.

Als jedoch die Patientin nach weiteren drei Wochen mich wiederum konsultierte, zeigte sich ein so auffallendes Bild, dafs man staunen mufste,

wie in so kurzer Zeit eine so rapide Verschlimmerung des Zustandes eintreten konnte. Vor allem fiel sofort die schmutziggraugelbe Färbung der Gesichtshaut auf, eine Färbung, wie man sie bei Morbus Addisonii findet; auch die Conjunctiva beider Augen war gelblichgrau gefärbt. Die Schleimhaut der Mundhöhle zeigte dagegen keine Veränderungen. Die Farbenverhältnisse der übrigen Haut waren noch interessanter, während nämlich im allgemeinen die graugelbe Färbung deutlich hervortrat, war die Haut der Achselhöhlen, der Ellenbogenbeugen, der Leistenbeugen und Kniekehlen dunkelbraungelb gefärbt. Irgend welche ernstere Gastrointestinal-Erscheinungen fehlten, Patientin klagte nur über Appetitlosigkeit.

Der zweite Fall betraf einen jungen Mann mit Acne indurata et pustulosa faciei, in so kolossaler Ausdehnung, wie ich es selten gesehen habe. Das Gesicht sah vollkommen entstellt aus; dicht nebeneinander gedrängt sah man auf der Stirn, den Wangen und dem Kinne linsen- bis kirschkerngroſse teils entzündete, teils eiternde Knoten. Auch diesem Patienten verschrieb ich neben anderer Medikation Arsen, in derselben Form, wie im vorigen Falle. Als bereits die Dosis von dreimal täglich 20 Tropfen erreicht wurde, trat ein Zoster facialis auf. Die dicht gedrängten Bläschengruppen nahmen die Mitte und den hinteren, unteren Teil der rechten Wange ein, indem sie nach oben hin den Jochbogen nicht überschritten und mit ihrem vorderen Rande ca. 2 cm vom Mundwinkel entfernt waren. Von der Wange aus erstreckten sie sich nach unten und hinten über den Unterkiefer und Kieferwinkel hinweg bis ca. 3 cm weit auf die obere, hintere Halspartie. Der Ausbruch des Zoster wurde von Brennen begleitet, dagegen sind demselben keine neuralgischen Schmerzen vorausgegangen. Unter Puder, indifferenter Salbenbehandlung und gleichzeitiger Einstellung des Arsengebrauchs verschwand der Zoster nach ca. zehn Tagen.

Nach Verlauf von drei Wochen lieſs ich den Patienten wiederum Arsen einnehmen, doch es dauerte nicht lange, da trat auf der alten Stelle allerdings in bedeutend geringerem Maſse wiederum ein Zoster auf. Die Bläschen waren nicht mehr so dicht gedrängt und so deutlich entwickelt wie das erste Mal, auch war die Erkrankungsfläche eine kleinere und das Brennen bedeutend geringer. Auch diese Eruption des Zoster verschwand unter indifferenter Behandlung, doch habe ich die Arsenmedikation nicht eingestellt, sondern nur die Dosis herabgesetzt, um sie jedoch später wiederum auf die frühere Höhe zu bringen.

Wenn ich die beiden oben beschriebenen Fälle einer näheren Betrachtung unterziehe, so wäre was die Diagnose anbelangt, zu erwähnen, daſs ich im ersten Moment unwillkürlich an Morbus Addisonii dachte, um so mehr, als auch die Conjunctiva beider Augen eine, wenn auch schwache, so doch deutliche Verfärbung zeigte. Dieses Moment muſs ich

als wichtig hervorheben, denn von verschiedenen Autoren wird in differential-diagnostischer Hinsicht, der Argyrie und dem Morbus Addisonii gegenüber behauptet, dafs bei der Arsenmelanosis die sichtbaren Schleimhäute von der Pigmentation stets freibleiben. Trotzdem bedurfte es keiner grofsen Überlegung um einzusehen, dafs es sich in diesem Falle nicht um einen Morbus Addisoni handeln konnte. Schon das akute Entstehen der Melanosis und ferner der Mangel an Symptomen seitens des Magens, des Unterleibes und des Herzens, welche beim Morbus Addisonii der Pigmentation voranzugehen pflegen, sprachen gegen diese Diagnose. Unter solchen Umständen konnte nur das Arsen einzig und allein die Melanosis verursacht haben. Diese Annahme wurde auch durch die Therapie bestätigt, denn so wie der Gebrauch des Arsen eingestellt wurde, zeigte sich bald eine Besserung, und nach Verlauf von fünf Wochen trat eine Restitutio in integrum ein.

Interessant in diesem Falle ist ferner die bedeutend stärkere Pigmentation der Haut der Achselhöhlen, der Ellenbogenbeugen, der Leistenbeugen und der Kniekehlen. Über einen ähnlichen Fall berichtet Nielsen (1). Es handelte sich dort um einen Mann, der nach mehrmonatlichem Arsengebrauch eine generelle Pigmentierung der Haut und Keratose an Hand- und Fufsflächen bekam. Auch in diesem Falle trat die Pigmentierung in den Gelenkbeugen stärker hervor; dagegen waren die sichtbaren Schleimhäute nicht pigmentiert. Übrigens scheinen Melanosen nach innerlichem und subcutanem Arsengebrauch keine Seltenheit zu sein, denn man findet, besonders in der Litteratur der letzten Jahre, zahlreiche diesbezügliche Mitteilungen.

Ein entschieden gröfseres Interesse beansprucht der zweite Fall, und zwar ganz besonders deswegen, weil das Vorkommen des Zoster als Folge der Arsenmedikation von autoritativer Seite angezweifelt wird. Kein geringerer als Kaposi (2) vertritt diese Anschauung. Auf dem ersten dermatologischen Kongresse zu Prag giebt Kaposi allerdings zu, dafs er bei drei Kranken nach Arsengebrauch Zoster entstehen sah, doch er will darin keinen kausalen Zusammenhang erblicken, sondern hält es für ein zufälliges Zusammentreffen. Auch Neisser (3) äufserte sich in der, an den Vortrag Kaposis sich anschliefsenden Diskussion in ähnlichem Sinne und hebt vor allem hervor, dafs es ihm bemerkenswert erscheint, dafs in allen Fällen, wo Zoster infolge des Arsengebrauchs entstanden sein sollte, die Patienten trotz Steigerung der Arsendosis nur einmal an Zoster erkrankten.

Man kann zwar diesem Einwande eine gewisse Berechtigung nicht versagen, doch er schliefst die Möglichkeit des Zusammenhanges des Zoster mit dem Arsen keineswegs aus. Theoretisch gedacht, müfsten allerdings, falls ein Medikament Nebenerscheinungen verursacht, dieselben

in ihrer Intensität von der Dosis des betreffenden Medikamentes abhängig sein. Doch in der Praxis sehen wir sehr oft, dafs es sich damit anders verhält, dafs nämlich verschiedene Medikamente im Beginne der Behandlung Intoxikationen zur Folge haben, dagegen bei weiterem Gebrauche trotz Steigerung der Dosis keine Nebenerscheinungen verursachen. Gerade in den letzten Wochen habe ich einen Patienten in meiner Behandlung gehabt, bei welchem nach Gebrauch einer 4%igen Jodkaliumlösung eine über Brust, Rücken, Oberarme und Gesicht diffus verteilte Jodakne, gefolgt von mächtigem Schnupfen, auftrat. Nach dem Verschwinden dieser Erscheinungen habe ich wiederum Jodkalium in Anwendung gebracht, und momentan nimmt der betreffende Patient eine 7,5%ige Jodkaliumlösung ohne irgend welche Beschwerden ein. Demnach ist es nicht ausgeschlossen, dafs selbst in den Fällen, wo Zoster nach einer Arsenkur bei einem und demselben Individuum nur einmal aufgetreten ist, derselbe dennoch eine Folge des Arsengebrauches sein kann.

In meinem Falle unterliegt dies keinem Zweifel, denn das von Neisser gestellte Postulat ist zur Evidenz erfüllt worden. Bei dem betreffenden Patienten, der früher an Zoster nie erkrankt war, entwickelte sich nach innerlichem Arsengebrauch ein Zoster facialis. Die Arsenmedikation wurde unterbrochen und der Zoster verschwand; nach Wiederaufnahme der Behandlung mit Arsen rezidivierte der Zoster, doch in geringerem Mafse, und verschwand alsdann, um trotz weiterer Darreichung des Arsens nicht wieder zu erscheinen. Man mufs sich also vorstellen, dafs allmählich eine Gewöhnung des Organismus an das Medikament eingetreten ist.

Ich habe in der mir zu Gebote stehenden Litteratur keinen einzigen Fall von einem Rezidiv des Arsenzosters gefunden, sodafs ich, unterstützt durch den Ausspruch Bettmanns (4), „dafs Rezidive des Arsenzosters nicht bekannt geworden sind," meinen Fall als ein Unikum hinstellen wollte, doch mit Unrecht, denn in der soeben erschienenen „Festschrift gewidmet Moritz Kaposi" ist in einem Aufsatze Jadassohns (5) eines Falles von Fordyce Erwähnung gethan, wo bei einem an Lichen planus leidenden Patienten ein Rezidiv des Arsenzosters beobachtet wurde.

Zur Erläuterung obiger Betrachtungen mufs ich hinzufügen, dafs ich denselben die Ansicht Lewins, der ich mich voll und ganz anschliefse, zu Grunde gelegt habe, dafs nämlich der Arsenzoster einem Arzneiexanthem gleichzustellen ist. Und wenn man andererseits bestrebt ist, den Zoster als eine Infektionskrankheit hinzustellen, so möchte ich der Ansicht Bettmanns (4) beistimmen, der da sagt: „Wir werden heutzutage eher geneigt sein, den infektiösen Zoster als eine spezielle Art des toxischen Zoster zu betrachten, statt diesem letzteren gewissermafsen die Existenzberechtigung abzusprechen."

Litteratur.

1. Nielsen, Melanosis et Keratosis arsenicalis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24, S. 137.
2. Kaposi, Bemerkungen über die jüngste Zosterepidemie und zur Ätiologie des Zoster. Verhandl. d. Deutsch. Derm. Gesellschaft. Erster Kongreſs 1887. S. 65.
3. Neisser, Diskussion über den Vortrag Kaposis. Ebendaselbst S. 67.
4. Bettmann, Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsengebrauch. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LI, S. 222 u. 223.
5. Jadassohn, Beiträge zur Kenntnis des Lichen, nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie. Festschrift gewidmet Moritz Kaposi. S. 904.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XII. Heft 2 u. 3.

Über die Zusammensetzung der Prostatadrüse, von K. von Hofmann. Um die Zusammensetzung und die Funktion der Prostata zu studieren, hat Verfasser eine groſse Zahl von normalen und einige hypertrophische Drüsen chemisch untersucht. Der Wassergehalt der normalen Drüsen bewegt sich um 80%, die Menge der Asche schwankt zwischen 2,7 und 4%, bei hypertrophischen Drüsen scheint der Wassergehalt ein höherer zu sein, der Aschengehalt bewegt sich zwischen 4 und 6%. An Eiweiſsstoffen enthalten die normalen Drüsen geringe Mengen von Leim, nicht unbeträchtliche Mengen von Globulinen, welche dem Myosin verwandt sind. Wasserlösliche Eiweiſskörper scheinen zu fehlen. Bei den hypertrophischen Drüsen ist entsprechend der Wucherung des Bindegewebes die Leimmenge erheblich vermehrt. An Fett und fettartigen Substanzen fand sich Cholestearin und ein Fettsäuregemisch, das vor allem Ölsäure enthielt.

Ein neuer Prostataincisor. — Der Psychrophorkatheter. — Katheter mit Obturatoren. — Verbesserung an meinem Kathetercystoskop. — Technische Mitteilungen, von F. Schlagintweit. Der neue Incisor ermöglicht dem Operateur, während er mit der rechten Hand das Instrument hält und zugleich schneidet, die linke Hand frei zu haben und mit dem linken Zeigefinger während des Schneidens zu touchieren.

Der Psychrophorkatheter soll bei Patienten angewendet werden, bei denen der Katheterismus wegen excessiver Schmerzen in der Schlieſsmuskelgegend garnicht oder nur unter aufregenden Umständen auszuführen ist; man läſst Wasser von 7° R. durchlaufen.

Bei Prostatahypertrophie etc. macht man mit gewöhnlichen doppelaugigen Kathetern leicht Blutung, indem die nicht genügend versenkten Augen die geschwollene Schleimhaut förmlich abrasieren. Verfasser konstruierte deshalb Katheter mit einem groſsen Auge, das durch einen Spiralobturator gedeckt wird.

Die am Kathetercystoskop angebrachten Verbesserungen sind, ebenso wie die Einzelheiten über die oben angegebenen Instrumente, im Original nachzulesen. Die wesentliche Neuerung besteht in einem am hinteren Ende angebrachten seitlichen Ablauf.

Ein Beitrag zur Verbesserung der Urethroskopie nach Nitze-Oberlaender, von Nicolai. Da das Nitze-Oberlaendersche Urethroskop eine zu grofse Wärme ausstrahlt, haben schon Kollmann und Valentine dasselbe verbessert durch Einführung kleinster, nur geringe Wärme ausstrahlender Glühlämpchen. Verfasser hat nun dasselbe Ziel, allerdings unter Beibehaltung der Wasserkühlung dadurch erreicht, dafs er dem glühenden Platindraht einen Überzug von Thoroxyd giebt, und so eine wesentlich höhere Lichtenergie bei verminderter Wärmeentwickelung erreicht.

Zur Kasuistik der Radiographie der Harnblase (Haarnadel in der Harnblase), von Stockmann und Aust. Verfasser konnten bei einem 35jährigen taubstummen Mädchen mit intensivem Blasenkatarrh cystoskopisch eine Haarnadel als Ursache des Katarrhs feststellen; durch Röntgenphotographie liefs sich nun die Lage dieser Haarnadel ganz genau feststellen. Da die Entfernung per vias naturales nicht gelang, wurde die Sectio alta vorgenommen, nach deren Ausführung die Nadel leicht entfernt werden konnte. Reaktionslose Heilung.

Beitrag zur Bottinischen Discision der Prostata, von A. Koenig. (Schluſs.) Verfasser berichtet über die Indikationen zur Operation (leichte Pyelitis ist nicht unbedingt Gegenanzeige), über den günstigsten Zeitpunkt, über die Art der Ausführung und der Nachbehandlung. Den Schluſs bildet die Statistik der von ihm operierten 19 Fälle: elf Heilungen und zwei Todesfälle.

Über die Funktion des Harnröhrenschliefsapparates bei Injektionen, von J. Kiss. Verfasser stellt einige ihm von Strausz zugeschriebene Behauptungen richtig, und beharrt auf seiner Ansicht, dafs bei Tripper eine relative Insufficienz des Schliefsapparates besteht.

Beiträge zur Kasuistik und Technik der Bottinischen Operation, von de la Harpe. Verfasser beschreibt unter Zugrundelegung eines Materials von 22 Fällen, welche von E. Burckhardt-Basel operiert worden sind, die Erfahrungen, welche er mit der Bottinischen Operation gemacht hat; er erklärt sie für segensreich und (im Gegensatz zu den sonstigen sexuellen Operationsmethoden) für leicht, und weil nicht verstümmelnd, für angenehm für den Patienten; andererseits warnt er aber davor, die Operation als allzu leicht und allzu harmlos anzusehen. In allen Fällen hat eine sorgfältige Cystoskopie vorherzugehen, die allein ein klares Bild von den vorliegenden Verhältnissen schafft. Die 22 Fälle illustrieren zugleich die Fortschritte, die man in den letzten Jahren in der Ausführung der Operation gemacht hat. Verfasser empfiehlt bei luftgefüllter Blase und Kokainanästhesie zu arbeiten; er beschreibt das von Burckhardt gebrauchte Instrumentarium, den Gang der Operation, die Nachbehandlung, die Komplikationen etc. Als Kontraindikation betrachtet er vorgeschrittene Pyelitis und Nephritis, schwere eitrige Cystitis, hochgradigen Marasmus. Die Erfolge decken sich mit den von Freudenberg angegebenen Zahlen.

Ureteritis artificialis infolge von mifsglücktem Ureterenkatheterismus in einem Falle von Blasentuberkulose, von R. Barlow. Verfasser hatte bei der seit sechs Jahren an Blasenbeschwerden leidenden 41jährigen Patientin cystoskopisch ein grofses tuberkulöses Geschwür am Blasengrunde festgestellt. Da es wünschenswert erschien, den Urin der beiden Nieren gesondert aufzufangen, so wurde der Ureterenkatheterismus ausgeführt; obwohl man die linke Ureterenmündung deutlich funktionieren sah, und obwohl die Einführung des Katheters in jedes Ostium leicht gelang, liefsen sich die Katheter doch nur 5 bezw. 6 cm weit vorschieben und es entleerte sich kein Urin, wohl aber aus der Ureterenmündung nachher etwas Blut. Am nächsten Tage liefs sich bei bestehender Temperatursteigerung und mäfsigen Leibschmerzen ein bleistiftdicker Strang palpieren, der dem rechten Ureter entsprach. Heilung der Patientin nach Sectio alta und Kauterisation des Geschwürs. Obwohl Verfasser 60 Mal

den Ureterenkatheterismus ohne üble Nebenwirkung ausgeführt hat, beweist doch dieser Fall, dafs gelegentlich eine Infektion des Ureters zu stande kommen kann, und dafs man daher vielleicht besser thut, dem vorgenommenen Ureterenkatheterismus eine prophylaktische Blasenspülung mit Argentum nitricum folgen zu lassen.

Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenem traumatischen Prostataabscefs, von MAGNUS MÖLLER. Der 65jährige Patient war vor zwei Jahren beim Absteigen von einem Pferdebahnwagen mit grofser Heftigkeit in sitzender Stellung auf die Strafse gefallen. Er hatte sofort Schmerzen im After, mufste längere Zeit liegen; es trat eine Schwellung am Damm auf, die incidiert wurde, worauf sich Eiter entleerte; darauf genas Patient. Nach zwei Jahren fing er an zu kränkeln, mit unbestimmten Symptomen, magerte ab und starb; die Sektion ergab eine allgemeine Miliartuberkulose; als primärer Herd fand sich ein nufsgrofser käsiger Herd in der Prostata. Vielleicht hatte die vor zwei Jahren erlittene Verletzung einen Locus minoris resistentiae geschaffen, der den Tuberkelbacillen die Ansiedelung in der Prostata ermöglichte. *F. Hahn-Bremen.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

I. Jahrgang. 1. Heft. Januar 1901.

Herausgegeben von Prof. SELENEW in Charkow.

Das Heft, mit dem dieses neue dermatologische Monatsorgan — das erste in russischer Sprache — vor die Öffentlichkeit tritt, ist mit einem ziemlich reichen Programm ausgestattet. Das Material ist in drei Abschnitte — Dermatologie, Syphilis bezw. Ulcus molle und Blennorrhoe — eingeteilt. Neben Originalarbeiten, therapeutischen Notizen, kasuistischen Mitteilungen etc. nehmen gut redigierte und ausführliche Referate aus der Zeitschriftenlitteratur einen grofsen Teil des Heftes ein. Die Berichte aus den russischen medizinischen und dermatologischen Gesellschaften sind auch recht ausführlich. Störend wirken beim Lesen die zahlreichen Druckfehler, besonders bei lateinischen und überhaupt fremdländischen Ausdrücken und Namen, sowie die Art, in der einzelne Berichte und Arbeiten schon auf der zweiten Seite inmitten des Satzes jäh abgebrochen werden, mit dem Hinweis auf die Fortsetzung, die im nächsten (Februar-) Heft folgen soll. Dieser Modus der Materialeinteilung dürfte mancherorts keine Zustimmung finden.

Im übrigen ist die gut redigierte Zeitschrift würdig ausgestattet und mit ziemlich gut ausgeführten Tafeln und Abbildungen versehen.

1. **Über die Hautveränderungen bei Typhus abdominalis**, von A. SIEMSKY. Bei Typhus bemerkt man häufig gelbliche Verfärbung der Handteller und der Fufssohlen (PHILIPPOWICH, CZERNUSKOWSKY, QUENTIN), welche auf die Ablagerung von Blutpigment zurückzuführen ist. Da die Pigmentierung nur in 34 % aller Fälle beobachtet wird und auch andere Krankheiten begleiten kann, so ist sie nicht als spezifisch für den Typhus anzusehen. Sie weist nur darauf hin, dafs die Pigmentbildung bei Typhus, infolge des stärkeren Zerfalles der roten Blutkörperchen, in gesteigertem Mafse vor sich geht, was auch durch die Zunahme von Blutpigment in der Milz und der Leber bewiesen wird. Wesentlich sind dagegen die Veränderungen, welche das elastische Gerüst erleidet, und zwar an den Hautgefäfsen noch stärker, als im Hautparenchym selbst. Sie beginnen in der dritten Typhuswoche, nehmen dann progressiv zu und sind noch 9—10 Wochen nach dem Krankheitsbeginn, auch wenn der krankhafte Prozefs schon abgelaufen ist, deutlich zu erkennen, ohne dafs sichtbare Zeichen der beginnenden Regeneration am Elastin zu bemerken wären. Diese Veränderungen bestehen hauptsächlich in Degenerationserscheinungen, indem die elastischen Fasern

bestimmte Farbstoffe nicht mehr annehmen, körnig zerfallen und schliefslich ganz schwinden. Die vom Verfasser untersuchte Haut wurde einem umfangreichen Leichenmaterial (74 Sektionen) entnommen, in Sublimat, Alkohol, Müller, Formol und Eis gehärtet und nach Weigertscher, Balzerscher und Unna-Tänzerscher Methode mikroskopisch untersucht. Die Arbeit ist mit ausführlichen Litteraturangaben versehen.

2. **Über das gleichzeitige Vorkommen von mehreren Keratosen: ein Fall von Psoriasis cornea s. hystrix,** von J. Selenew. Das gemischte klinische wie histologische Bild, das Verfasser ausführlich beschreibt, entstand bei einem serösen 25jährigen Patienten schon vor fünf Jahren auf dem Boden der typischen Psoriasis punctata, die langsam alle Stadien von discoides bis gyrata durchgemacht und an mehreren Stellen (vornehmlich die vordere Rumpffläche) in Hyperkeratose übergegangen ist. Hier sind förmliche Cornua cutanea zu bemerken, die sich nach und nach trocken abstofsen. Mikroskopische Bilder zeigen die Abnahme des Stratum granulos. und des Keratohyalins, mächtige Wucherung des Stratum Malpighii mit eingeschlossenen Hornperlen, Hypertrophie der Papillen mit zum Teil erweiterten, zum Teil obliterierten Kapillaren und wucherndem Bindegewebe ohne Drüsenbefund an den affizierten Stellen, darüber hyperkeratotische Massen.

3. **Die atypischen Syphilisformen,** von W. Tarnowsky. Dieser schon vor einem Jahre gehaltene Vortrag beschäftigt sich mit den Varietäten der Syphilis binaria, d. h. einer von den Nachkommen syphilitischer Eltern erworbenen frischen Syphilis. Nach dem Profetaschen Gesetz sind die Nachkommen von Syphilitikern gegen die Syphilis bis zu einem gewissen Grade immun, ohne selbst syphilitisch zu sein. Die Immunität erstreckt sich aber in Wirklichkeit nur auf einen ziemlich beschränkten Lebensabschnitt. Nach Tarnowskys 40jährigen Erfahrungen bleibt diese Immunität in den seltensten Fällen fürs ganze Leben und wird nie auf die dritte Generation übertragen. Dagegen zeigt die zweite Generation nach Verlust der Immunität und bei eigener Syphiliseinfektion mitunter eigentümliche Abweichungen von der einfachen oder reinen Syphilis. Diese Abweichungen der „verdoppelten" oder der „binären" Syphilis äufsern sich in folgenden Richtungen: a) entweder als Syphilis abortiva oder Sekundärerscheinungen, b) oder als sehr leichte, d. h. benigne Syphilis, c) oder schliefslich als eigentliche atypische Syphilis mit schweren Erscheinungen. Die Haupteigentümlichkeit dieser binären Syphilis, die allen ihren Formen gemeinsam ist, ist die besonders deletäre Wirkung auf die weitere Nachkommenschaft, die zum vollständigen Aussterben führen kann. Interessante Krankengeschichten und statistische Daten bezüglich der Zahl der Aborte bei verschiedenen Formen der binären Syphilis illustrieren obige Thesen.

4. **Die Veränderungen der Schilddrüse bei Syphilitikern während der zweiten Inkubationsdauer und zur Zeit der Eruption,** von A. Poltawzew. (Fortsetzung folgt.)

5. **Die Blutveränderungen in der Spätperiode der Syphilis,** von M. Smirjagin. (Fortsetzung folgt.)

6. **Der gegenwärtige Stand der Frage der Tripperbehandlung beim Manne,** von A. Lanz. (Fortsetzung folgt.)

Auf die Berichte der medizinischen Gesellschaft kann hier nicht eingegangen werden. *Sack-Heidelberg.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 2.

Untersuchung der Haut, des Blutes und des Urins in einem Falle von Pemphigus chronicus verus, von CH. AUDRY, GÉRARD, L. DALOUS. Bis jetzt bestanden über die Blasen beim Pemphigus chronicus verus drei verschiedene Ansichten. AUDRY und seine Mitarbeiter haben in dem Falle, der der vorliegenden Arbeit zu Grunde lag, gleichzeitig alle drei Formen angetroffen und folgern daraus, dafs die Blasen und die sie bedingenden Veränderungen von Cutis und Epidermis nicht das Wesen des Pemphigus ausmachen. „Die Blase bedeutet beim Pemphigus nicht mehr, als die Rasselgeräusche bei der Pneumonie." Vielmehr deuten die gleichzeitig bestehende Leukocytose, die Drüsenschwellungen sowie die Veränderungen in der Chemie des Harnes auf ein im Körper kreisendes Gift, von dem alle Störungen gemeinsam ausgehen. Ob die im Rückenmark mehrfach beobachteten Veränderungen, falls sie sich regelmäfsig wiederfinden, in einer primären oder sekundären Beziehung zu dem angenommenen Giftkörper stehen, bedürfe auch noch der Untersuchung.

Über einen Antagonismus zwischen der Haut und der Schleimhaut von Mund und Rachen im Verlaufe der sekundären Syphilis, von AL. RENAULT. R. teilt zwölf Fälle von sekundärer Syphilis mit, in denen ein sehr schweres papulöses Hautsyphilid bestand. In drei von diesen Fällen waren die Entzündungserscheinungen im Mund und Rachen nur sehr gering, in den neun übrigen Fällen fehlten sie gänzlich. Verfasser hält diese Erscheinung, dafs bei heftiger Erkrankung der Haut im Verlaufe der sekundären Syphilis die Mund- und Rachenschleimhaut ganz oder fast ganz verschont bleiben, für eine gesetzmäfsige und verweist auf ähnliche Beobachtungen bei anderen Dermatosen. Dieses Verhalten ist auch für den praktischen Arzt von Bedeutung, da er angesichts eines schweren Hautsyphilids dem Patienten mit leichterem Gewissen das Rauchen gestatten darf. Ob auch umgekehrt eine heftige Mund- und Rachensyphilis den Kranken vor einer ernsteren Hauterkrankung bewahre, wagt Verfasser nicht mit derselben Bestimmtheit auszusprechen.

Türkheim-Hamburg.

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

Nov. 1900.

1. **Die Endresultate der Strikturläsionen bei Harnröhrenverengerungen**, von REGINALD HARRISON-London. Der Verfasser vergleicht die Endheilungsresultate der drei Arten von Urethralstrikturoperationen — der Rifswunden, wie sie bei rigorosen Dehnungen entstehen, der Schnittwunden bei internen Urethrotomien und der Schnittwunden beim äufseren Harnröhrenschnitt. Die starken Dehnungen haben nach HARRISON nur dann dauernden Erfolg, wenn es sich um periurethrale Infiltrationen der tiefen Harnröhre handelt, während bei Prozessen, die die Mucosa selbst ergriffen haben, diese gewaltsamen Zerreifsungen zu wiederholten Rückfällen der Verengerung führen. Interne Harnröhrenschnitte führen zur absoluten Restitution des Kalibers der Urethra, wenn sie in mäfsigen Grenzen bleiben und doch durch die ganze Dicke der Striktur gehen. Bei hinsichtlich ihrer Breite oder Dicke beträchtlichen multiplen Strikturen der tiefen Harnröhre treten nach innerem Schnitt häufig Recidive ein. Drainage des Urethralkanals verbessert jedesmal die Chancen der Heilung und verhindert neue Verengerungen. Recidive von früher intern getrennten Strikturen und langgestreckten Verengerungen fallen dem äufseren Schnitt anheim, bei dem die Dauerdrainage der Harnröhre ja so wie so Erfordernis ist.

2. **Diät bei Lithämie**, von A. B. CONKLIN. Die Diät bei dieser Krankheit

beruht einmal darauf, die nötige Menge eiweiß- und kohlenstoffhaltige Nahrung zu genießen und anderenteils darauf, darin die am leichtesten verdaulichen, assimilierbaren Stoffe auszusuchen, die sich leicht in Harnstoff umsetzen und möglichst geringe Quantitäten von Harnsäure hinterlassen. Aus der Magenverdaulichkeit einer Nahrung, z. B. eines Rostbeefs darf man nicht auf die Assimilierbarkeit schließen. Alle Alkoholica sind streng zu verbieten, ebenso Thee, Kaffee, Kakao. Zu erlauben sind Wasser, Milch, Fruchtlimonaden, Citronenbrauselimonade. Auch das Rauchen sollte streng untersagt werden. Von konsistenter Nahrung bilden Brot in geröstetem Zustand, Reis, Weizenmehl und Früchte eine ideale Diät.

3. **Die Prophylaxe der Pocken**, von S. C. Martin - St. Louis. Der Artikel bringt nichts neues.

4. **Die Elektrolyse als Heilmittel der chronisch glandulären Urethritis**, von George Walker-Baltimore. Der Artikel beschreibt Kollmanns Instrumentarien und Methode der elektrolytischen Behandlung der einzelnen Harnröhrendrüschen, wie sie bei uns zu Lande schon jahrelang in Gebrauch ist. Die Dauer der Elektrolyse beträgt bei Walker, der eine trockene Chlorsilberbatterie benützt, nur bis 40 Sekunden statt der von Kollmann geforderten 3 Minuten. In jeder Sitzung lassen sich 3—5 Drüsen zerstören. Kokain ist entbehrlich. Der Strom braucht 4—6 Milliampères. Der folgende kopiöse katarrhalische Ausfluß schwindet in einigen Tagen unter adstringierenden Injektionen oder Borirrigationen. Drüsen, die einander benachbart sind, dürfen nicht in einer Sitzung zerstört werden, da sonst zu leicht entzündliche Schwellungen stärkerer Art auftreten.

5. **Blasenvorfall durch die Operationsnarbe einer Cystotomia suprapubica**, von Louis Kolipinski - Washington. Es handelte sich um einen 60jährigen Herrn, dem vier Jahre vorher in Wien auf dem Wege der suprapubischen Operation dreizehn Blasensteine entfernt worden waren. Er kam neuerdings in Behandlung mit den Erscheinungen eines mucopurulenten chronischen Blasenkatarrhs. Nachdem der Blasentenesmus das hervorstechendste Symptom des Krankheitsbildes gewesen war, hörte derselbe mit einem Male ganz auf. Es entsprach das dem Moment, wo sich eine neben der alten Cystotomienarbe vordrängende Geschwulst als prallgefüllte Harnblase entpuppte. Nach zwölfstündiger Harnverhaltung wurde die Blase per Katheter entleert, auch zur Feststellung ob wieder Steine vorhanden wären, eine erneute Cystotomia suprapubica vorgenommen. Anschließend daran ausgedehnter Blasenvorfall und Tod unter peritonitischen Erscheinungen.

6. **Purpura haemorrhagica mit Calciumchlorid behandelt**, von Anstruther Davidson-Clifton. Eklatanter Erfolg der Behandlung mit Calciumchlorid in täglich drei- bis viermaligen Dosen von 1,2 g bei einem Fall von allgemeiner Purpura mit besonderer Affektion der Mundhöhle bei einer 30jährigen Patientin. Ätiologisch nimmt der Verfasser für die Erkrankung eine bakterielle oder alkaloide Noxe an.

7. **Dauerkatheterismus**, von J. Rilus Eastmann-Indianopolis. Der Verfasser berichtet über drei Fälle von perinealen Harnröhrenoperationen, bei denen der Dauerkatheter mit Erfolg längere Zeit liegen blieb. Zweimal handelte es sich um Resektionen der Pars membranacea nach Traumen, einmal wegen Fistelbildung. In einem Falle lag der Gummikatheter, und solche werden zur Benutzung empfohlen, 17 Tage lang ohne die geringsten subjektiven Beschwerden. Je größer das Kaliber, desto geringer die Möglichkeit, daß Reibungen der Schleimhaut und Erosionen entstehen.

8. **Syphilitische Anämie**, von Walter Urban Kennedy-St. Louis. Die Arbeit bringt nichts neues, verweist nur darauf, daß man stets neben Merkurpräparaten, aus denen Kennedy das Protojodoret bevorzugt, auch für genügende Eisenzufuhr

sorgen müsse, da ja Lues wie Quecksilber die roten Blutkörperchen angreifen. Auch muſs die Eisendarreichung in jedem auch sonst gut verlaufenden Fall von Syphilis und zwar stets vom Beginn der Krankheit an, einsetzen.

9. **Formalin in der Behandlung der Seborrhoe, der Hyperhydrosis und des Carcinoms,** von A. Ravogli-Cincinnati. (Bericht.) Ravogli empfiehlt gegen Seborrhoe folgende Mixtur:

Formalin	3,75—7,50
Glycerin.	7,50
Aq. Coloniens	
Alcohol. rectif.	ad 90,00.

Sehr gute Resultate hat Ravogli mit Anwendung des 40%igen Formalins bei Hautkrebsen gehabt, doch giebt er leider nicht die nähere Anwendungsweise an, ob das Formalin nur aufgetupft oder in Form von Umschlägen angewendet werden soll. In einzelnen Fällen bereitete er aus Formalin, Reispuder und Zinkoxyd eine Paste, die er mit dem Spatel auf das Carcinom aufstrich, dessen Umgebung durch Pflaster geschützt war. Zweimaliges Auftragen erzielte in diesen Fällen völlige Heilung.

10. **Lupus vom klinischen Standpunkt,** von S. C. Martin-St. Louis. Der Verfasser ist der Ansicht, daſs Lupus vulgaris und Syphilis sehr bedeutende Berührungspunkte haben und vielleicht genetisch entfernt verwandt sind. Die bakteriologischen Untersuchungen von Lupus und Hauttuberkulose mit dem Nachweis Kochscher Bacillen betrachtet er noch recht skeptisch. Einzelne Fälle von Lupus serpiginosus und Syphiloderma serpiginosum sind klinisch gar nicht zu differenzieren. Auch die vorzügliche Heilwirkung des Merkurs bei Lues wie Lupus erinnere uns daran, daſs die beiden Krankheiten nicht so verschieden seien, wie man heute allseitig zu glauben geneigt sei.

11. **Bakteriologie der Impetigo contagiosa,** von Martin F. Engman-St. Louis. Verfasser vertritt den Standpunkt, daſs der von Unna, Kaufmann und Blaschko beschriebene spezielle Coccus doch nur der Staphylococcus aureus sei. Sabouraud, welcher in Reinkulturen aus Initialläsionen den Fehleisenschen Streptococcus züchtete, betrachtet den allgegenwärtigen Staphylococcus als Sekundärinfektion. Gilchrist vertritt den gleichen Standpunkt, hat aber in Duhrings Handbuch über zwölf Fälle von Reinkulturen des Staphylococcus bei Impetigo contagiosa berichtet. Ähnliche Resultate fand der Verfasser, der des Glaubens ist, daſs die Affektion durch den Streptococcus wie Staphylococcus aureus unter bestimmten chemotaktischen und virulenten Bedingungen hervorgerufen werden kann. Des weiteren betont Engman, daſs viele Fälle von sogenanntem Pemphigus neonatorum simplex acutus (contagiosus febrilis), sofern es sich nicht um lueticus handelt, nichts weiter als bullöse Impetigo contagiosa darstellen. Aus diesem Grunde ist es auch erklärlich, daſs die Autoren in diesen Blasen Staphylococcus albus und aureus gefunden haben.

12. **Naevi vasculosi,** von S. C. Martin-St. Louis. Die kurze Abhandlung bringt nichts neues.

13. **Chloasma,** von S. C. Martin-St. Louis. Kurzer Abriſs der Symptomatologie, Differentialdiagnose und der lokalen Therapie der Chloasma.

14. **Ist das Ekzem eine parasitäre Krankheit?** von S. C. Martin-St. Louis. Der Verfasser stellt sich auf den Standpunkt Galloways, Brocqs, Veillons und Kreibichs, daſs das Ekzem eine nicht parasitäre Krankheit ist und polemisiert gegen Unna, dessen Morococcus er nicht anerkennt, ebenso wie er die Spezifizität der neuerdings von diesem Dermatologen beschriebenen Kokkenarten leugnet.

15. **Epitheliom des Penis; Amputation,** von Charles B. Parker-Cleveland. Der Fall betraf einen 57jährigen Deutschen, dessen Krankengeschichte und Behandlung

aus der Überschrift erleuchtet. Die schon ergriffenen Leistendrüsen wurden mit entfernt und zwar bis auf die Fascia lata herab.

1901. No. 1.

1. **Klinische Vorlesung**, von Charles Warrenne Allen-New York. Acne rosacea: Neben Alkohol beschuldigt der Verfasser bei Frauen auch den starken Genufs von Kaffee und Thee als ätiologischen Faktor. Daneben Arbeiten in grofser strahlender Hitze oder in sehr warmen Räumen. Psoriasis und Eccema bieten nichts besonderes.

2. **Bemerkungen über primäre und sekundäre Syphilis und die Anwendung des Quecksilbers**, von David Lieberthal-Chicago. Eine Syphilis d'emblée abgesehen von der kongenitalen und hereditären Form leugnet oder bezweifelt der Verfasser stark. Multiplizität der Sklerosen giebt er zu, wenn der Infektionsstoff verschiedene Hautläsionen vorgefunden und kontaminiert hat. Diese Stellen können auch entfernt von einander liegen. Während Virchow die Drüsen für den Sitz latenter Lues hält, ist Neumann der Ansicht, dafs dies jedes früher syphilitisch erkrankte Gewebe sein könne. Ehrmann ist der Meinung, dafs z. B. nicht nur Sklerosenreste, sondern sogar anscheinend gänzlich abgeheilte Primäraffekte Ausgangspunkte von Nachschüben in Form von Reinfiltrationen werden können. Der Verfasser empfiehlt die Zuführung des Merkur durch Kataphorese mehr anzuwenden. Auch verwendet er Kalomelaufstreuungen auf gröfsere spezifische Wundflächen, die vorher mit 6%iger Kochsalzlösung befeuchtet werden, vielfach.

3. **Blennorrhoische Komplikationen**, von J. Henry C. Simes. Bringt nichts bemerkenswertes.

4. **Heredität bei Diabetes mellitus**, von J. Hall Pleasants. Verfasser berichtet über sechs Fälle von Zuckerkrankheit bei Mitgliedern derselben Familie. Die Heredität dieses Leidens findet er zuerst bei Morton (Opera Medica 1696) angegeben. Eine Zusammenstellung zeigt, dafs die verschiedenen Autoren verschiedene Prozentsätze von Heredität bei Diabetes gefunden haben.

Flint	27,70%	Zimmer	10,60%
Bouchard	25,00	Williamson	10,50
Fitz u. Joslin	23,80	Frerichs	9,75
von Noorden	21,80	Grube	7,90
Schmitz	21,10	John Hopkins	
Seegen	14,00	Hospitals-Serien	5,50
Naunyn	11,70	Wegeli (bei Kindern)	29,00.

Unter 60 Fällen von Diabetes, die aus der Litteratur zusammengestellt wurden, war der Vater 15mal diabetisch, die Mutter 5 mal, während auf Brüder oder Schwestern die Zahlen 21, auf zwei Schwestern 1, auf Bruder und Schwester 4, Vater und Onkel 1, Onkel 7, Tante 3 und Grofsvater 1 entfallen. Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Das Vorkommen des Diabetes bei Onkels, Tanten oder Vettern mit Überspringung der Eltern ist häufig (kollaterale Heredität). Dasselbe gilt für den Grofsvater. Gewöhnlich tritt das Leiden bei den Descendenten in früherem Alter auf als bei den Ascendenten. Leiden mehrere Glieder einer Generation an Diabetes, so tritt die Krankheit fast stets im gleichen Lebensalter auf. Während die Zuckerruhr, in den ersten beiden Jahrzehnten des Lebens auftretend, häufig von schwerem Typus ist, gilt das Gegenteil für die späteren Lebensjahre. In einer Anzahl Fälle ist die Krankheit bei den Kindern eher aufgetreten, als die Eltern erkrankten. In solchen Familien herrscht oft neuropathische Veranlagung, vielfach auch Fettsucht. In der vorliegenden Abhandlung handelt es sich um Diabetes mellitus zweier Brüder, zweier Schwestern, eines Onkels und eines Grofsonkels.

5. **Subakute und chronische Entzündung der Samendrüsen,** von Joh. E. Morrow-Indianopolis. Der Verfasser stellt sich, was Diagnose, Bewertung und Therapie der Vesiculitis seminalis anbelangt, auf den Standpunkt Walter Collans, indem er die Wichtigkeit dieser Affektion betont.

6. **Röntgenstrahlen zur Behandlung von Hautkrankheiten und zur Enthaarung,** von Wm. Allen Pusey - Chicago. Verfasser giebt, ohne für die Leser der Monatshefte etwas neues zu bringen, eine Übersicht über die therapeutische Verwertbarkeit der X-Strahlen.

7. **Desinfektion und Krankheitsverhütung,** von S. C. Martin jr.-St. Louis.

8. **Anatomie und Physiologie der Nieren,** von Chas. O. Caswell - Portland. Man fragt sich, was solche ABC-Abhandlungen in einem dermatologisch-urologischen Fachblatt zu suchen haben. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Vademecum der chirurgischen Therapie für praktische Ärzte, von Henri Fischer. (L. Boyer, Paris 1900.) Der Titel sagt schon, was der Inhalt des Büchleins ist: eine kurz gefaßte Zusammenstellung aller chirurgischen Maßnahmen, die der praktische Arzt in der Sprechstunde oder in der Klientel bei Besuchen auszuführen haben soll. Die Einleitung bilden einige Abschnitte über Antisepsis, Asepsis und Verbandlehre, notwendiges Instrumentarium, Narkosen, Serumtherapie, woran ganz unvermittelt sich einige Abschnitte über Hautplastik und Behandlung der Schlangenbisse, der Milzbrandpustel und des Starrkrampfes schließen. Im allgemeinen faßt der Verfasser die chirurgische Thätigkeit des allgemeinen Praktikers nach Ansicht des Referenten etwas weit, was aus den besprochenen Operationen erhellt, z. B. Iridektomie, Hasenschartenoperationen, Gastrotomie, Operation des Mammacarcinoms, Laparatomie, Enterektomie, Anlegung eines Anus praeternaturalis und anderes mehr. Sehr speziell behandelt Verfasser die urologische Chirurgie ohne neues zu bringen.

Hopf-Dresden.

Die sexuelle Osphresiologie, von Albert Hagen-Breslau. (H. Barsdorf, Charlottenburg 1901.) Der Verfasser versucht im vorliegenden Buche ein umfassendes Bild von den Beziehungen der Gerüche und des Geruchsinnes zum Geschlechtsleben zu geben und entledigt sich dieser Aufgabe in streng wissenschaftlicher und prägnanter Weise. In der allgemeinen Einleitung wirft Hagen unter anderem interessante Streiflichter auf das Verhältnis der Nase zu den Geschlechtsteilen, wie es im Volksmunde besteht und hebt besonders das Bestehen besonderer Schwellkörper bei manchen Individuen hervor, bei denen dieselben in direktem Zusammenhang mit dem sexuellen Leben stehen (Blutungen während des Coitus, während der Menstruation, vikariierende Menses). Die Einteilung des ganzen Materials ist die folgende: I. Physiologie der sexuellen Gerüche. Allgemeines. Psychologie. Die sexuellen Gerüche in der Pflanzenwelt, in der Tierwelt, beim Menschen. II. Pathologie der sexuellen Gerüche. Erotische Gerüche bei krankhaften Körperzuständen, Geruchsfetischismus. Berühmte Geruchsfanatiker. III. Ethnologie der sexuellen Gerüche. IV. Der Sunamitismus. V. Die Parfüms und ihre Bedeutung für die sexuelle Osphresiologie. VI. Die sexuellen Gerüche in der Litteratur. Die Lektüre des höchst interessanten Buches ist allen denen, welche sich mit der gesamten

Physiologie und Pathologie des Geschlechtslebens befassen, sehr zu empfehlen. Der Leser findet alles Wissenswerte, wenn auch zum Teil nur knapp, zusammengestellt.

Hopf-Dresden.

Börners Medizinalkalender für 1901. (Georg Thieme, Leipzig.)

Das Taschenbuch (I. Teil) enthält wie gewöhnlich nur das notwendigste, was der Arzt bei sich führen muſs und was er zum event. Nachschlagen braucht: Anwendung, Dosierung und Arzneiform der gebräuchlichsten Arzneimittel und der neueingeführten Chemikalien, Veränderungen der Pharmakopoe, Maximaldosen, Dosierung wichtiger und differenter Mittel für Kinder, Mittel zur subcutanen Injektion, Abkürzungen bei der Rezeptur, chemisch unverträgliche Arzneimischungen, Explosive Arzneimischungen, Pharmacopoea oeconomica, Berliner Magistralformeln, Akute Vergiftungen, Schwangerschaftskalender, Bade- und Kurorte, Abriſs der geburtshilflichen Operationslehre, kurzer Abriſs über Diagnose und Therapie der Luxationen und Frakturen, erste Hilfeleistung etc. Das Beiheft enthält aus den einzelnen Spezialfächern kurze Anleitungen über das, was für die praktischen Ärzte das wichtigste sein soll. Nichts zu viel, nichts zu wenig.

Der Kalender (II. Teil) hat einen entschiedenen Fortschritt aufzuweisen durch die bildlichen Bezeichnungen der einzelnen Spezialfächer, sodaſs man, um z. B. einen Dermatologen in einer gröſseren Stadt aufzusuchen, nicht erst das ganze Ärzteverzeichnis durchzusehen braucht, sondern ihn sofort an dem betr. Bilde erkennt. Diese Bilder sind z. B. für den Rhinologen eine Nase, den Chirurgen ein Skalpell, den Magenspezialisten ein Magen. Nur beim Dermatologen habe ich mir lange Zeit den Kopf zerbrochen, was wohl das Bild zu bedeuten habe. Am meisten Ähnlichkeit hatte es mit einem gewissen Möbel, was man des Nachts unter dem Bett oder im Nachttischchen stehen hat. Schlieſslich fand ich in der Vorrede des Kalenders die Erklärung: Haut- und Geschlechtskrankheiten = Salbentopf!! Habeat sibi!

Das Kalendarium ist in seiner Anordnung und Durchführung groſsartig und dürfte vielen Kollegen namentlich auch durch die einschlägigen gerichtlichen Entscheidungen unentbehrlich sein, was das Taschenbuch ja schon längst ist.

P. Taenzer-Bremen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Syphilis.

Ein Beitrag zur Frage der Entstehung einer akuten Nephritis bei Sekundärsyphilis (Nephritis syphilitica praecox), von Abraham Stepler. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Senator bezeichnet die akute syphilitische Nephritis im Sekundärstadium als seltenes Leiden. Die Diagnose einer solchen stützt sich auf das Zusammentreffen der Lues und Nephritis, den Mangel jedes anderen ätiologischen Moments, das Resultat der spezifischen Behandlung. Einen Fall, der diese Merkmale zeigte, berichtet der Verfasser. Mauriac berichtet über 19 derartige, eigene (7) und fremde Fälle. Die Nephritis trat kontemporär mit den Haut- und Schleimhauterscheinungen auf, war in ihrer Heftigkeit nicht proportional den letzteren. Waehm hat vor Mauriac schon 8 Fälle beschrieben, von denen aber genau genommen nur drei hierherzählen. Verfasser citiert dann die weiteren Litteraturergebnisse, die be-

sonders von französischen Autoren stammen. (Absolut zweifellos sind nur diejenigen Fälle, bei denen vor der luetischen Infektion der Harn untersucht und als sicher eiweißfrei befunden wurde. Sonst kann man immer erwidern, daß es sich um Exacerbation einer latenten Nephritis handelt. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Syphilis der Leber, von JULIAN MARCUSE. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 47.) Die hereditäre Lebersyphilis kann als Frühform auftreten in Form haufenweise verbreiteter, grauweißer, embryonaler Gummata, oder als Spätform; in letzterem Falle ist sie ähnlich der Lebersyphilis bei acquirierter Lues. Diese wiederum kann eine diffuse oder circumscripte (gummöse) Hepatitis darstellen. Der Hauptsitz der diffusen Hepatitis ist die Capsula Glissonii, von der ein dichtes, cirrhotisches Fasergewebe in die Drüsensubstanz eindringt. Auch die Gummata bei der circumscripten Lebersyphilis bewirken tiefe Depressionen (gelappte Leber), Vergrößerung, später Verkleinerung des Organs. — Klinisch haben wir drei Formen zu unterscheiden: den frühzeitigen syphilitischen Ikterus im Sekundärstadium, die tertiäre Syphilis, und die Spätsyphilis bei Lues hereditaria. Verfasser entwirft kurz das klinische Bild, das leider oft nicht allein ohne Zuhülfenahme der Anamnese und sonstiger Lueserscheinungen die Diagnose gestattet. — Die Therapie ist die übliche spezifische, aus Hg und Jodkalium kombiniert; daneben Karlsbad eventuell Jodeisen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilitische Cirrhose, von MENÉTRIER. (*Indépend. méd.* 1900.) Verfasser berichtet über einen Fall syphilitischer Lebercirrhose mit ungewöhnlichem Symptomenverlauf. 46jährige Frau mit grofser glatter Hypertrophie der Leber und Milz, ohne Ascites. Keine Spuren von Lues. Zeichen einer leichten Alkoholintoxikation. Im Verlauf dieses chronischen Zustandes Schübe von akutem Gelenkrheumatismus. Mit Zunahme der Leberschwellung Auftreten venöser Stauung in den Venen der Abdominalhaut und eines mäfsigen Ascites. Keine Leukocyte, Glycosurie oder Urobilinurie. Intermittenz in der Ausscheidung subcutan gereichten Methylenblaus und per os gegebenen Salicyls. Kein Ikterus. Tod an Pneumonie. Bei der Sektion ergiebt sich völlige Intaktheit beider Nieren, chronische Entzündung der Mucosa des Magens, ausgesprochene Sklerosierung der Milz mit Verschwinden vieler Malpighischer Körperchen. In der Leber makroskopische Gummen, keine mikroskopischen. Pericelluläre Cirrhose. Keine Fettentartung, kein Amyloid. Einfache Atrophie der Leberzellen.

Hopf-Dresden.

Über die Darmsyphilis, von FOURNIER. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 28.) FOURNIER weist darauf hin, daß die Darmsyphilis sehr häufig nicht als solche erkannt wird, da ihre Symptome, chronische Diarrhoe, kolikartige Schmerzen im Leib, Entleerung blutig gefärbter Stühle, naturgemäfs nichts Spezifisches an sich haben. Charakteristisch für die Darmlues ist lediglich der Umstand, daß ihre Erscheinungen durch spezifische Behandlung, Verabreichung von Jodkalium und Quecksilber sehr rasch zum Verschwinden gebracht werden, während sie jeder anderen Therapie hartnäckig widerstehen. Die Darmsyphilis, die übrigens sehr häufig recidiviert, tritt oft sehr spät auf, so in zwei von FOURNIER beobachteten Fällen 19, bezw. 40 Jahre nach der Infektion.

Götz-München.

Syphilis mit gummöser Affektion des Magens und Darms sowie der Lungen bei einem 51jährigen Manne, von ALEXANDER SCHEIB. (*Prag. med. Wochenschr.* 1900. No. 45 u. 46.) Bei einem 51jährigen Manne entwickelten sich nach einem Trauma Magenbeschwerden mit Bluterbrechen. Nach einigen Monaten kam er ad exitum; klinisch war Infiltratio pulmon. tuberculosa bilateralis, Pleuritis tuber-

culosa dextra, Emphysema pulmonum, Ulcus ventriculi diagnostiziert. Die Sektion ergab als uns besonders interessierend: frisch extravasiertes Blut im Bauchraum, Verwachsungen der Dünndarmschlingen, des Colon mit der Leber, der sehr vergrößerten Milz mit Zwerchfell und Magen. Im Magen ein trichterförmiger kreisrunder Substanzverlust und ein derbes, grauweißes, innen verschorftes Infiltrat; eine Perforation an dieser Stelle war durch das Colon verschlossen. Die Darmwand wies im Duodenum, Iejunum und Colon auch mehrere derbe, zum Teil central nekrotisierte Infiltrate auf. Die Mesenterialdrüsen waren geschwollen. Tuberkulose, Typhus abdominalis, Neoplasma konnten nach reiflicher Überlegung ausgeschlossen werden. Das multiple Auftreten, die Lokalisation der Infiltrate im Iejunum, die eigentümliche, derbe Konsistenz der Infiltrate und der infiltrierten Drüsen wiesen auf luetischen Ursprung. Gleichzeitig vorhandene multiple Infiltrate der Lungen schienen auch nicht tuberkulöser Beschaffenheit zu sein: Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen und Typhusbacillen, die Vidalsche Reaktion fielen negativ aus. Die histologische Untersuchung ergab fast überall ein aus Rund- und Spindelzellen mit Riesenzellen gemischtes Granulationsgewebe, welches oft um Gefäße lokalisiert erscheint. Die Blutgefäße im Bereich der Krankheitsherde zeigen überall Endarteritis proliferans, sind dadurch oft obliteriert. Dieser Befund ist für Syphilis charakteristisch. Nur in den peribronchialen Lymphdrüsen waren miliartuberkelähnliche Veränderungen; aber auch hier fehlten die Bacillen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der Syphilis und der Blennorrhoe, von O. Rosenthal. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 47 u. 48.) Im folgenden behandelt R. nur die infolge acquirierter Lues auftretenden Herzerscheinungen; die Syphilis des Herzens gehört zwar zu den seltenen Organerkrankungen, jedoch hält sie R. für häufiger als man gewöhnlich annimmt, da sie in vielen Fällen übersehen werde. Im Gegensatz zu der allgemeinen Annahme, daß sie am häufigsten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre und 6—10 Jahre nach der Infektion vorkomme, waren die Fälle R.s fast alle schon 2—4 Jahre nach der Ansteckung aufgetreten; immerhin rechnet auch R. die Herzerkrankung zu den späten, sogenannten tertiären Formen. Den primären Hauptangriffspunkt bildet das Myocardium; Endocard und Pericardium erkranken fast nur sekundär. Man unterscheidet, wie bei allen Organerkrankungen der Syphilis, die gummöse Neubildung und die interstitielle Entzündung, die jedoch fast immer Hand in Hand gehen. Die Myocarditis gummosa kann in allen muskulösen Teilen des Herzens ihren Sitz haben, mit Vorliebe in der Ventrikelwand; die Gummata sind linsen- bis taubeneigroß (Virchow), einzeln oder multipel. Am häufigsten ist der Übergang in fettige Degeneration und Verkäsung. Die selbständige Erkrankung des Herzbeutels ist sehr selten, von isolierten Gefäßerkrankungen ist eine Affektion der Coronararterien mit besonderen klinischen Merkmalen bekannt. Die von Hallopeau als Angina pectoris syphilitica bezeichnete Form, welche unter Arythmie, Herzklopfen und Asthma verläuft, ohne besondere Veränderungen des Muskels, wird auf Ergriffensein der sympathischen Fasern des neuromuskularen Apparates resp. der Herzganglien zurückgeführt. Prädisponierend zur Herzerkrankung im Verlaufe der Syphilis wirken Alkoholismus, schon bestehende Klappenfehler, Nieren- und Gefäßerkrankungen, Diabetes, übermäßiger Tabakgenuß, anhaltend schwere körperliche Arbeit u. s. w.; ein prägnantes Beispiel letzterer Art (übermäßiges Radfahren) führt R. an. Auch Mangel an Behandlung oder nicht ausreichende Behandlung sind ätiologisch wichtig. Eine specielle Symptomatologie bietet die luetische Myocarditis nicht, manchmal verläuft sie ganz latent, im übrigen ist der Verlauf nach Rs. Erfahrungen ein schleichender, prämonitorische Symptome, wie Schmerz und Druck in der Magen-

grube, Klagen über Schwäche, Angstgefühl mit zeitweisem Aussetzen des Pulses sollen in der Mehrzahl der Fälle vorkommen, der weitere Verlauf hängt von der Art der Herzerkrankung ab. Bei zweifelhaften Herzerkrankungen, die im besten Alter sich einstellen, soll man auch beim Versagen anamnestischer Momente stets eine genaue Untersuchung des Körpers auf Lues vornehmen. Was die Behandlung betrifft, so mufs sie sowohl eine kausale wie symptomatische, auf die verschiedenen Phasen des Herzleidens bezugnehmende, sein. Neben dem Hg kann man gleichzeitig auch Jod anwenden, jedoch nicht Jodkalium, sondern R. empfiehlt besonders die Tinctura jodi, von welcher die Maximaldosis allmählich überschritten werden darf (bis auf 3 mal täglich 30 Tropfen), und das Jodipin in subcutaner Anwendung (von der 10 bis zur 25%igen Lösung steigend, immer 10 g zu injizieren).

Bei der Blennorrhoe wird im Gegensatz zur Syphilis zuerst das Endocardium ergriffen und das Myocard erst unter gewissen Umständen in Mitleidenschaft gezogen. Die Endocarditis tritt gewöhnlich erst in den späteren Wochen, in der 4.—6. Woche nach der Infektion auf. Die Gonokokken können sich an einer oder mehreren Klappen festsetzen, am häufigsten werden Aorta und dann Mitralis ergriffen. Eine seltene Komplikation der Blennorrhoe ist die Pericarditis, welche meist gleichzeitig mit der Endocarditis entsteht, aber auch isoliert vorkommen kann. Zwei Formen der blennorrhoischen Endocarditis sind zu unterscheiden: die maligne, letal verlaufende (ulcerõse) und die chronische benigne Form mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Symptomen. Von Komplikationen findet man in vielen Fällen den blennorrhoischen Gelenkrheumatismus; häufig schliefst sich eine Pleuritis oder Pneumonie der Endocarditis an. Die Prognose der letzteren ist immer eine zweifelhafte; je länger die Erkrankung sich hinzieht, desto günstiger die Vorhersage im allgemeinen. Absolut sicher ist die Diagnose nur, wenn es gelingt, im Blut Gonokokken nachzuweisen und dieselben zu züchten; da dieser Beweis nicht ganz leicht ist und in der Praxis wohl selten ausgeführt wird, so mufs man sich meist mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügen. Was die Frage betrifft, ob man während der Endocarditis die bestehende Urethritis behandeln soll, so bejaht R. dieselbe unbedingt, da man die Gonokokken am besten an ihrer Entwickelungsstätte angreift, um eine weitere Aufnahme derselben in die Blutbahn zu verhindern; zur Kasuistik der blennorrhoischen Herzaffektion führt R. schliefslich den Fall eines 27jährigen Schneiders an, bei welchem der Reihe nach Prostata und Nebenhoden (Abscesse, Incisionen) und dann das Endocard und die Pleura ergriffen wurden. *Stern-München.*

Die Diagnose der Entzündung des Antrum maxillare und dessen Gummen, von Lubet-Barbon und Furet. (*Presse méd.* 1900. No. 55.) Die Differentialdiagnose zwischen Entzündung und Abscessen der Highmorshöhle einerseits und syphilitischen Gummabildungen mit Zerfall andererseits, wie sie in vorliegender Abhandlung geboten wird, gehören schon mehr ins Gebiet des Rhinologen als des Dermatologen. Wir wollen nur die Hauptmomente kurz repetieren: Bei der gummösen Lues der Kieferhöhle handelt es sich um käsig zerfallene geballte Massen mit Erkrankung der Knochenwandungen, während es sich bei der einfachen Entzündung um reichlichen gebundenen Eiter und blofs um Eiteransammlung handelt. Bei Lues ist der Eiter weniger kopiös, denn gummöse Prozesse suppurieren wenig. Der Eiter fliefst hier stets ab und zwar in geringer Menge, wodurch er Zeit hat sich in der Nase selbst anzusammeln. So wird er in Form käsiger grauweifser Klumpen ausgeschnäuzt. Mit dieser Form der Erkrankung läfst sich nur die Coryza caseosa infolge Fremdkörper verwechseln. Der Geruch, den Patienten mit Lues des Antrum verbreiten, ist foetid und störend für die Umgebung, während der in der Kieferhöhle selbst angehäufte, und wenn entleert,

dann in grofsen Quanten entleerte Eiter der einfachen Entzündungen nur dem Träger der Affektion selbst osmische Beschwerden verursacht. Zudem fehlt in letzterem Falle die für Lues typische Schmerzhaftigkeit, die vielfach durch eine Verstopfung des Abzugskanals verstärkt wird, welcher äufserlich Ödeme der Unteraugengegend entsprechen. *Hopf-Dresden.*

Vaginalsyphilis, von Rille-Innsbruck. (*Drasches Bibl. d. ges. med. Wissensch.*) Der Primäraffekt ebenso wie der weiche Schanker kommen in der Vagina nicht so selten vor wie man annimmt, er entgeht leicht dem Auge, da er einerseits wenig schmerzt und leicht ohne Therapie bei Reinhaltung heilt, andererseits nur beim Sitz im vorderen Drittel der Vagina von Drüsenschwellung gefolgt ist. Sekundär syphilitische Exantheme der Vagina gehören zu den allergröfsten Seltenheiten, auch an den Cervikallippen sind Papeln selten. Auch die tertiäre Syphilis der Vagina ist nicht häufig, es treten submukös entwickelte Gummen sowie Geschwüre an den Vaginalwänden oder dem Fornix vaginae auf. Die Therapie der tertiären Erscheinungen besteht in Darreichung von Jodkalium, Behandlung der Geschwüre mit Jodoform und Unguentum cinereum. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Uterussyphilis, von Rille-Innsbruck. (*Drasches Bibl. d. ges. med. Wissensch.*) Der Primäraffekt an der Vaginalpartie ist nicht selten, er sitzt entweder zentral am Orificium cervicis oder an den Cervikallippen, sein Aussehen unterscheidet sich nicht von anderen Primäraffekten, da er meistens keine Beschwerden verursacht, leicht auch ohne Therapie heilt und keine Drüsenanschwellungen im Gefolge hat (die zugehörigen Drüsen liegen im kleinen Becken und sind nicht sichtbar), so wird er oft übersehen. Auch der weiche Schanker der Portio ist nicht selten. Sekundär-syphilitische Erscheinungen gehören an der Vaginalportion zu den grofsen Seltenheiten, sie haben dasselbe Aussehen wie Plaques muqueuses der Mund- und Rachenschleimhaut. Auch eine spezifische Endometritis kann wahrscheinlich vorkommen, wenngleich es bisher an exakten Beweisen fehlt. Gummata der Tertiärperiode sind öfters beobachtet.
Bernhard Schulze-Kiel.

Einige Beobachtungen über syphilitische Erscheinungen in dem Uvealtrakt = Iris, Ciliarkörper und Chorioidea, von P. Turner Vaughan-Hot Springs. (*New York med. Journ.* 28. Juli. 1900.) V. beginnt seine Arbeit mit dem Satze, dafs keine konstitutionelle Krankheit so häufig die Augen ergreife wie die Syphilis. Im vergangenen Jahre behandelte er 70 Fälle dieser Art und von diesen betrafen 29 = 41,4 % den Uvealtrakt. Von diesen 29 Fällen waren 21 auf Iris und Ciliarkörper beschränkt; die syphilitische Iritis kann plastisch, serös oder gummatös sein, auch eine papulöse Iritis kommt vor, welche den Kondylomen und Hautpapeln des Sekundärstadiums entspreche. Die Symptome der plastischen und serösen Iritis syphilitischen Ursprungs sind ähnlich diesen aus anderen Ursachen entstandenen Affektionen: Schmerzen, oft über die ganze Kopfhälfte verbreitet, gewöhnlich schlimmer bei Nacht und bei heller Beleuchtung, das Gesicht mehr oder weniger verschlimmert, je nach dem Beteiligungsgrade des Ciliarkörpers; die Iris ist im Zustande starker Kongestion und dadurch entsteht Veränderung in der Farbe, eine blaue oder graue Iris erscheint grün, eine braune mehr rotbraun, die Pupille ist gewöhnlich kontrahiert und sehr langsam in ihren Bewegungen. Syphilitische Cyclitis ist fast stets mit Iritis und deren entsprechenden Formen assoziiert. Die gewöhnlich vorhandenen Symptome sind Schmerzen, verminderte Sehkraft, sie ist eine stets gefährliche Krankheit und verursacht fast immer Verlust der Sehkraft. Vaughan führt jedoch den Fall eines 8jährigen Knaben mit ererbter Syphilis an, bei dem einseitige Iritis, interstitielle

Keratitis und Chorioiditis zusammen vorhanden waren und nach sechswöchentlicher energischer antisyphilitischer Behandlung die gummösen Geschwülste sowie die Symptome von Iritis und Cyclitis verschwunden waren. Was die syphilitische Chorioretinitis betrifft, so ist V. der Ansicht, dafs primär die Chorioidea und erst sekundär die Retina ergriffen wird: ein feiner, nebelartiger Belag über dem Glaskörper soll pathognomonisch für diesen Zustand sein. Die Retina ist hauptsächlich in der Gegend des Nerveneintritts befallen, die Grenzen des N. opticus sind verwischt und die Papille ist etwas hyperämisch; die Sehkraft ist vermindert, in späteren Stadien treten Scotome auf. Die tieferen Schichten der Cornea kämen, als embryologisch im Zusammenhang mit dem Uvealtrakt stehend, hier auch noch in Betracht, doch will Verfasser die syphilitischen Affektionen der Cornea einem eigenen Artikel vorbehalten, der, nach dem vorliegenden zu schliefsen, ebenfalls sehr interessante Anhaltspunkte auf diesem, wie Referentem dünkt, von den Syphilidologen etwas vernachlässigtem Gebiete bringen dürfte. *Stern-München.*

Einige Beobachtungen über syphilitische Erfahrungen am Nervus opticus und an der Retina, Entzündungserscheinungen von P. Turner Vaughan-Hot Springs. (*New York med. Journ.* 29. Sept. und 6. Okt. 1900.) Im Verlaufe der konstitutionellen Syphilis werden Nervus opticus und Retina nicht selten ergriffen, in den letzten Monaten erlebte V. 31 solcher Fälle, wovon allein den Nervus opticus 23 betrafen; es kamen in derselben Zeit 100 Fälle aller Art syphilitischer Augenaffektion zur Beobachtung, sodafs 31 % den Nervus opticus und die Retina betrafen. Über Art und Beginn dieser Augenaffektion unterzog V. nicht nur seine eigenen Fälle eingehenden Studiums, sondern machte auch eifrige Studien in der bezüglichen, reichhaltigen Litteratur. Soweit seine Ergebnisse für den Dermatologen von Wichtigkeit scheinen, seien sie der Hauptsache nach angeführt. Primäre syphilitische Entzündung des Nervus opticus kommt sowohl nach Analogie mit anderen Nerven als auch klinischer Erfahrung gemäfs vor. Von wirklicher Papillitis kann sie durch die gröfsere Prominenz der Papille, die erweiterten Venen, das verringerte Kaliber der Arterien und die ausgesprochene Infiltration der Substanz des Nervus opticus unterschieden werden. Schwieriger erscheint schon die Unterscheidung der primären Entzündung des Nervus opticus von der Neuritis descendens desselben. Der eine Fall von retrobulbärer Neuritis, welchen V. beobachtete, betraf einen Mann von 30 Jahren, welcher 5 Jahre vorher Syphilis acquiriert, jedoch der nötigen Behandlung sich nicht unterzogen hatte; die antisyphilitische Kur, mit Hg und JK energisch betrieben, brachte innerhalb 6 Wochen bedeutende Besserung der Sehkraft. Stauungspapille (Papillitis) ist nach den Litteraturangaben bei Syphilis häufiger wie primäre Neuritis. Für den nicht sehr geübten Ophthalmologen dürfte wohl die Unterscheidung von gewöhnlicher Stauungspapille sehr schwierig sein. Was die Ursache betrifft, so glaubt V. mit Schmidt-Rimpler, dafs der vermehrte intracornielle Druck auch den Liquor subarachnoidale vermehrt und durch die Druckzunahme derselbe in die Lymphspalten um den Nervus opticus gepreſst wird, wodurch Ödem, Kongestion und Entzündungserscheinungen entstehen. Nervus opticus und Retina können im allgemeinen bei Syphilis auf drei verschiedenen Wegen befallen werden: 1. durch die direkte Wirkung des spezifischen Giftes auf die Nervenfasern selbst (primäre syphilitische Entzündung), 2. durch eine syphilitische Neubildung, entweder Gumma oder Meningitis, innerhalb der Schädelhöhle, und deren Folgen, und 3. syphilitische Erkrankung der Blutgefäfse im Gehirn, an Nervus opticus und Retina. Zuweilen vergehen viele Jahre, bis der Erkrankung der Retina Gehirnsyphilis folgt, so dafs in vielen Fällen Gelegenheit gegeben ist, letztere durch geeignete Behandlung zu verhüten. Die Zeit, innerhalb welcher nach

dem Primäraffekt Retina und Nervus opticus ergriffen werden, ist eine aufserordentlich wechselnde: in einem Falle von Retinitis, welchen V. beobachtete, trat dieselbe schon nach 8 Monaten auf, in anderen 2 Fällen von Chorioretinitis hatte die Syphilis 1½, resp. 8 Jahre vorher begonnen. Beschreibung dieser einzelnen, besonders bemerkenswerten Fälle. die jedoch zuweilen nicht bis zum endgültigen Abschlufs der Behandlung (wie es so häufig bei Syphiliskranken der Fall ist) in Beobachtung blieben.

Stern-München.

Ein Fall von Sarkom der Chorioidea bei einem Syphilitischen, von H. Porr-St. Louis. (*St. Louis Cour. of Med.* Aug. 1900.) Der Fall ist deshalb von Interesse, weil er eine Person betraf, welche der Reihe nach an Tuberkulose (des Hodens) gelitten hat und schliefslich von einer Augenaffektion befallen wurde, die man anfangs für eine Gumma hielt; grofse Dosen von Jodkalium brachten keine Besserung, daher wurde das Auge exstirpiert und die Geschwulst erwies sich als ein Spindelzellensarkom. Patient erfreut sich noch heute, 15 Jahre nach dieser Operation, bester Gesundheit. Näheres über die Augenbefunde im Original. *Stern-München.*

Neurasthenie und Syphilis, von James G. Kiernan-Chicago. (*New York med. Journ.* 28. Juli 1900.) K. bespricht die Wechselbeziehungen zwischen Syphilis, Syphilidophibie und Neurasthenie; von seinem Standpunkt aus als Psychiater tadelt er die oft zu rasch gestellte Diagnose der Syphilis, wodurch Syphilophobie und Selbstmord verursacht würden, und erklärt, erst mit dem Auftreten von Sekundärerscheinungen könne und solle die positive Diagnose dieses schweren Leidens gestellt werden. (Über die Frage, ob erst bei Sekundärerscheinungen oder gleich von Beginn einer Initialaffektion an die Allgemeinbehandlung einzuleiten sei, gehen bekanntlich auch die Ansichten der Syphilidologen auseinander. Ref.) Bezüglich der Behandlung greift nun K. auf das schon aus dem Altertum her als nervenberuhigendes Mittel bekannte Gold zurück. Dessen Zusammensetzung mit As und den Bromiden hat in vielen Fällen entschieden beruhigende Wirkung bei Neurasthenikern, welche Syphilis acquiriert haben oder glauben, angesteckt zu sein (Herpes praeputialis), gehabt. Das Mittel Arsenauro (nähere Zusammensetzung ist nicht angegeben) sollte in der Basis von 5 Minims (= ?), in wässeriger Lösung 3mal täglich gegeben werden, und zwar in steigender Dosis, bis Speichelflufs eintritt. Dies Bewufstsein, dafs kein Hg in dem Medikament enthalten ist, soll beruhigend auf den Patienten wirken (also hauptsächlich Suggestivwirkung? Ref.). *Stern-München.*

Syphilis des Gehirns, von J. T. Eatridge-Denver, Col. (*New York med. Journ.* 14. und 21. Juli 1900.) In zwei längeren Artikeln macht hier E. den Versuch, ein möglichst übersichliches Bild über dieses schwierige Gebiet zu geben, und beantwortet die erste Frage, „wie lange nach dem Initialaffekt das Gehirn affiziert wird", dahin, dafs dies sowohl sehr frühzeitig, nach ein oder mehreren Monaten, wie auch nach vielen, 20 und mehr, Jahren, der Fall sein kann. Sexuelle und alkoholische Exzesse, Kopfverletzungen, übermäfsige geistige Anstrengungen können die Gelegenheitsursachen abgeben. Was die pathologische Natur der intrakraniellen Veränderungen bei Syphilis betrifft, so ist der häufigste Typus das Gumma, welches in Gröfse von einer Linie (Mafs) bis zu mehreren Zoll vorkommen kann, und zwar sowohl bei ererbter wie acquirierter Syphilis. Gummata an der Konvexität des Gehirns sind am häufigsten in und um die motorischen Windungen; intracerebrale Neubildung ist bei Syphilis selten und entsteht dann wahrscheinlich von irgend einem Teile der Pia. Die charakteristische Form intrakranieller Entzündung ist die syphilitische Meningitis, die meist wohl sekundär aus einer bestehenden Entzündung der Gehirnhäute hervorgeht. Eine

weitere Form ist die syphilitische Entzündung und Degeneration der Blutgefäße des Gehirns. Die Regel sind bei Syphilis multiple Veränderungen; es ist nicht ungewöhnlich, daß all' die größeren Arterien an der Basis mit gummatösen Ablagerungen affiziert sind, in Fällen von syphilitischen Tumoren des Gehirns sind die Gefäße selten gesund, andererseits können die Arterienwände der Sitz zahlreicher gummatöser Neubildungen sein, während die Gehirnstruktur frei davon ist. Was die Symptome der Gehirnsyphilis betrifft, so ist die Unregelmäßigkeit und Vielseitigkeit derselben das Markanteste. Das früheste Erkennungszeichen ist der Beginn geistiger Schwäche: Vergeßlichkeit, leichter Schwindel, Nachlaß an Energie; ohne frühzeitige Behandlung geht dieser Zustand in hoffnungslose Demenz über. Ein wichtiges diagnostisches Mittel ist Kopfschmerz, und zwar soll derselbe, auf organischen Veränderungen im Gehirn beruhend, bei Syphilis während der späteren Tageszeit und am Abend stärker wie am Morgen sein; es kommt jedoch auch eine Art sehr heftigen und konstanten Kopfschmerzes vor, die durch Entzündung der Hirnhäute verursacht ist. Schlaflosigkeit ist ferner eines der frühesten Symptome der Gehirnsyphilis. Akute Neuritis des Nervus opticus ist ein Zeichen eines rasch wachsenden Syphiloms, Symptome an den Nervenwurzeln, speziell Ptosis, sind beweisend für chronische syphilitische Meningitis an der Basis, Rindenreizung, speziell in der motorischen Region, für jene an der Konvexität. Hemiplegie, welche vor dem 45. Lebensjahre bei einem Patienten ohne Herz- oder Nierenaffektion vorkommt, läßt auf Gefäßthrombose infolge syphilitischer Gefäßerkrankung schließen, meist ist Aphasie damit verbunden, selbst bei linksseitiger Hemiplegie. Epilepsie nach dem 30. Lebensjahre, die nicht auf Trauma, Einwirkung von Sonnenstrahlen oder Giften zurückzuführen ist, ist wahrscheinlich die Folge von Syphilis oder irgend einer anderen intrakraniellen Geschwulst. Bezüglich der Prognose folgt E. den Angaben von Mickle, wonach ein Viertel der Patienten sich völlig erholen, ein Viertel bedeutende Besserung erreichen, die Hälfte sterben oder mit schweren Gehirnveränderungen weiter leben. Was die Behandlung betrifft, so teilt sie E. in prophylaktische (z. B. 3—4 mal jährlich eine Jodkaliumkur auf 2—3 Wochen) im allgemeinen und antisyphilitische ein. Die allgemeine umfaßt all' die Maßregeln, welche auch bei gewöhnlicher Apoplexie, Hemiplegie, Cornea, Krämpfen u. s. w. angewandt werden. Die spezifische Behandlung sollte jedoch unter wenigen Ausnahmen, wo der Patient sehr anämisch oder geschwächt ist, gleichzeitig mit diesen ersten Erscheinungen der Gehirnsyphilis eingeleitet werden, und zwar soll die Aktivität des Prozesses, nicht der Zentrallauf nach der Primärinfektion, der Leitstern sein: je akuter und heftiger die Symptome, um so mehr ist Hg angezeigt, Jodkalium hingegen mehr bei chronischen spezifischen Prozessen. Beide Medikamente sollten bis zum Höhepunkt der Toleranz gegeben werden; so hat E. in einigen Fällen 3 mal täglich 3 g Sublimat mit großem Erfolg und in einem Falle über 63 g (sic!) Jodkalium verabreicht, um den gewünschten Erfolg zu erreichen. E. ermahnt zum Schlusse seiner Ausführung die Ärzte recht genau auf die so wichtigen Merkmale zur Diagnose der Gehirnsyphilis zu achten, denn mit der Diagnose sei oft schon der einzig richtige Weg der Behandlung und der Hülfe gegeben. (Referent muß jedoch gestehen, daß trotz der hier angeführten wertvollen Fingerzeige ihm die Diagnose der Gehirnsyphilis sehr schwierig erscheint, und wäre dem Verfasser sehr dankbar für sprechende Zahlen gewesen, d. h. für den Beweis, wie oft demselben bei einer gewissen Anzahl ähnlicher Nerven- oder Gehirnaffektionen die therapeutisch noch unerprobte Differentialdiagnose gelungen ist.) *Stern-München*

Syphilis des Gehirns, von James Taylor. (*Brit. med. Journ.* 18. Jan. 1900.) Verfasser berichtet über zwei Fälle. Im ersten Falle litt die Patientin an typischer

Jacksonscher Epilepsie und rechtsseitiger Hemiplegie. Unter Jodkalium- und Quecksilberbehandlung trat vollständige Besserung ein.

Der zweite Fall betraf einen Mann, von dem man glaubte, dafs er an gewöhnlicher Epilepsie leide. Die Anfälle waren jedoch von Hemiplegie, Kopfschmerzen und optischer Neuritis gefolgt. Auch hier hatte Jodkalium in Verbindung mit einer Schmierkur einen vollen Erfolg. Die Erscheinungen sind bis auf eine leichte Schwäche im linken Beine und vereinzelte Ohnmachtsanfälle verschwunden.

C. Berliner-Aachen.

Zwei Fälle von Syphilis des Centralnervensystems, von Mark Berman. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 40.) Es giebt temporäre und dauernde, herdförmige und diffuse syphilitische Erscheinungen des Centralnervensystems. Die Diagnose wird bei komplizierten Symptomen oft schwierig, weshalb man mit Recht von Pseudosystemerkrankungen spricht. Erst die Unbeständigkeit der Symptome und die antiluetische Kur klären über den luetischen Ursprung auf. Verfasser berichtet zunächst einen Fall von Pseudotabes luetica mit Ataxie, Rombergschen Phänomen, Gürtelgefühl, Parästhesien, okulopapillären Veränderungen; nur die gesteigerten Sehnen- und Hautreflexe paſsten nicht zu dem Bilde der Tabes. Eine antiluetische Kur brachte Heilung. Interessant ist auch ein weiterer Fall von isoliertem Zungenkrampf auf luetischer Basis, betreffend einen 38jährigen Landmann. Die Krampfanfälle wiederholten sich fast alle Stunden. Die Untersuchung ergab eine Narbe am harten Gaumen, ein Geschwür an der hinteren Rachenwand. Auch dieser Fall wurde durch antiluetische Kur geheilt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von syphilitischer Meningitis mit temporaler Hemianopsie und vorübergehender totaler Amaurose, von Knotz. (*Wien. med. Presse.* 1899. No. 21 u. 22.) Die 34jährige Patientin erkrankte unter furchtbaren Kopfschmerzen an linksseitiger temporaler Hemianopsie, die sich zur totalen Amaurose des linken Auges steigerte, während das rechte Auge unberührt blieb. Eine achttägige Einwirkung von Jodkalium brachte nicht nur die Kopfschmerzen fast völlig zum Verschwinden, sondern stellte auch schwache Lichtempfindung in der nasalen Gesichtshälfte des linken Auges wieder her. Dieser Erfolg der Therapie ging aber drei Wochen nach Aussetzen derselben wieder verloren, indem die Lichtempfindung in der nasalen Gesichtshälfte des linken Auges verschwand, die Kopfschmerzen sich wieder einstellten, und bald auch das rechte Auge ergriffen wurde, wo sich in analoger Weise wie links zuerst temporale Hemianopsie und endlich völlige Blindheit ausbildete, welche durch acht Tage bestand und dann unter dem Einfluſse einer kombinierten Quecksilber-Jodkaliumbehandlung in folgender Weise zurückging. Zunächst wurde die am spätesten ergriffene nasale Gesichtshälfte des rechten Auges frei, dann kehrte auch in der temporalen deutliche, fast gleichzeitig in der nasalen Gesichtshälfte des linken Auges schwache und am spätesten in der zuerst betroffenen temporalen Gesichtshälfte des linken Auges Andeutung einer Lichtempfindung zurück. Während aber im weiteren Verlaufe das Sehvermögen des rechten Auges sich der Norm wieder näherte, verfiel die schwache Lichtempfindung des linken Auges und machte völliger Erblindung dieses Auges Platz. Damit scheint der Prozeſs zum Abschluſs gelangt zu sein. Ätiologisch betrachtet Verfasser den Fall als Syphilis mit der Lokalisation an der Schädelbasis und Chiasma als eine schwellungsfähige, gefäſsreiche, mehr flächenhaft sich ausbreitende gummöse Neubildung, welche das Chiasma und die Sehnerven umklammerte, dafür spricht das zunächst einseitige Auftreten der Affektion, die rasche Zunahme und vor allem die zweimal genau beobachtete auffallend rasche Rückbildungsfähigkeit der Störungen unter dem Einflusse kräftiger antisyphilitischer

Therapie; andererseits hatte Patientin teils vernarbte, teils noch manifeste Luessymptome. *A. Alpár-Alexandria.*

In der Sitzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Jena (Sitzung vom 5. Juli 1900, ref. Vereinsbeilage No. 38 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 39) demonstriert Krause **zwei Fälle von postsyphilitischer Demenz.** Im ersten Falle bestand ein schwerer allgemeiner geistiger Defekt, der Kranke lügt, betrügt, verletzt die Anstandsformen, zotet, ist schamlos, das Gedächtnis ist geschädigt, neue Begriffe werden nicht erworben, das Urteilsvermögen ist herabgesetzt; im zweiten ist die ethische und moralische Seite defekt, während die Intelligenz nicht wesentlich geschädigt ist. Verfasser wendet sich gegen die oft aufgestellte Behauptung, dafs ein psychischer Defekt ausnahmslos der Endausgang einer Gehirnsyphilis sei. Die postsyphilitische Demenz ist nicht nur graduell aufserordentlich verschieden, auch die geistigen Leistungen werden in ungleichmäfsiger Weise betroffen. Von somatischen Symptomen begleiten die postsyphilitische Demenz motorische und sensible Ausfallserscheinungen. *F. Hahn-Bremen.*

Die klinischen Formen und pathologische Anatomie der Rückenmarkssyphilis, von R. T. Williamson-Manchester. (*Edinb. med. Journ.* Okt. 1900.) Die verschiedenen Formen von Rückenmarksaffektionen, welche erworbene Syphilis produziert, versucht W. hier in kurzen Zügen zu schildern und die Kennzeichen hervorzuheben, wodurch sie sich von ähnlichen Erkrankungen nicht spezifischer Natur unterscheiden. Sehr selten sind 1. Kompressionssymptome des Rückenmarks oder der Nervenwurzeln infolge syphilitischer Erkrankung der Wirbelsäule (Caries, Nekrosis, Gumma, Periostitis u. s. w.) und 2. chronische Meningitis. Die häufigste Form spinaler Syphilis ist 3. die Meningomyelitis; zuerst sind die meningitischen Symptome vorhanden (Schmerzen im Rücken), dann folgen bald jene von Seite des Rückenmarks selbst: Paraparesis oder Paraplegie, gewöhnlich mit Blasen- und Sensibilitätsstörungen; partielle oder vollständige Anästhesie bezüglich aller Gefühlserscheinungen, manchmal ist Verlust des Temperatursinnes (für kalt) die hauptsächliche oder einzige Sinnesstörung. Pathologisch-anatomisch sind das Rückenmark sowohl wie die Häute affiziert; syphilitische Erkrankung der Blutgefäfse spielt gewöhnlich eine wichtige Rolle (Endarteriitis oder Periarteriitis, Endo- und Periphlebitis). Die nervösen Elemente des Rückenmarks zeigen zuweilen 1. Zell- oder gummöse Infiltration und 2. Erweichung oder Degeneration. Die vierte Form ist akute Paraplegie infolge von akuter syphilitischer Myelitis; hier sind die Symptome ähnlich wie bei akuter Myelitis transversa oder auch wie bei spinaler Hämorrhagie. Die fünfte Gruppe ist Erbs syphilitische Spinalparalyse, welche, von manchen Seiten zwar bestritten, W. als spezielle Krankheit anerkennt. Als sechste Form beschreibt er einen Fall syphilitischer Paraplegie, mit welcher Degeneration in den hinteren und Seitensträngen des Rückenmarks kombiniert war: während Lebenszeit waren die Hauptsymptome Lähmung beider Beine und Blasen- und Mastdarmerscheinungen, der Tod trat erst neun Jahre nach der Lähmung ein. Es kommen noch weiterhin 7. Gumma (lokalisiertes) des Rückenmarks oder der Meningen, 8. anormale Formen, welche in ihren Symptomen oft den durch nicht spezifische Ursachen entstandenen Rückenmarkskrankheiten gleichen und unter anderen einer Brown-Séquardschen Paralyse, Fällen von Triplegie, von Lateralsklerose, von Syringomyelie u. s. w. gleichen. Was nun 9. die Tabes betrifft, so sind bei derselben keine syphilitischen Veränderungen im wahren Sinne des Wortes vorhanden, sondern sie kann nur als postsyphilitische Degeneration, auch von den

eifrigsten Anhängern ihres syphilitischen Ursprunges angesehen werden. W. selbst fand in der Statistik der Manchester Royal Infirmary, welche er über 100 Fälle von Tabes aufstellte, nur ganz wenige, wo nicht eine venerische Affektion vorausging und kommt zu der Hypothese, ob nicht die Tabes durch eine spezielle toxische Substanz, welche vom wirklichen syphilitischen Gift verschieden ist, erzeugt werde und dieses Toxin sowohl mit Syphilis wie mit weichem Schanker und in seltenen Fällen auch Blennorrhoe associiert sein könne. Von 32 Fällen von Spinalsyphilis, welche W. beobachtete, betrafen drei die oben beschriebene zweite Form, 16 Meningomyelitis, 6 akute Paraplegie u. s. w. Was die Ätiologie und allgemeine Pathologie betrifft, so waren Männer weit häufiger befallen wie Frauen: 26 auf 6 Frauen in den 32 Fällen; das Alter ist meist zwischen 20 und 40. Die pathologischen Veränderungen und diagnostischen Merkmale der Rückenmarkssyphilis sind kurz nochmals beschrieben; was die Prognose betrifft, so ist dieselbe besser wie bei anderen Rückenmarksaffektionen: von obigen 32 Fällen starben neun und zehn gingen in Heilung über, die anderen entzogen sich, ohne daſs besondere Veränderung eingetreten war, der Beobachtung. Die Therapie ist natürlich von gröſster Wichtigkeit und durchgreifende antisyphilitische Behandlung mit Jodkalium und Hg notwendig. Bezüglich der Form des letzteren giebt W. Inunktionen oder Pillen den Vorzug vor den Injektionen. Auſserdem ist vor allem auf den Zustand der Blase und event. Aufliegen zu achten. *Stern-München.*

Über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes dorsalis und zur Paralysis progressiva, von Mark Bermann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 33.) Wenn es wahr ist, so meint der Verfasser, daſs Syphilis die Ursache von Tabes dorsalis und progressiver Paralysis ist, dann müſste man letztere Leiden in Ländern, in welchen die Syphilis endemisch ist, häufig finden. Auf Grund seiner Beobachtungen in Bosnien und Herzegowina, wo die Lues sehr verbreitet ist, in den Jahren 1895—1899 kommt Verfasser aber zu Zahlen, die gegen den ätiologischen Zusammenhang sprechen. In einem Bezirk von 23000 Seelen kamen während des genannten Zeitraumes unter ca. 15000 Kranken 464 Syphilisfälle, meistens tertiärer Natur, aber kein Fall von Tabes oder Paralyse zur Beobachtung. Eine Immunität des Centralnervensystems minder civilisierter Menschen gegen Syphilis ist nicht gut anzunehmen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Frauenasyle, von J. J. Loblowitz-Olmütz. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege.* 1900.) Zur Einschränkung der **Syphilis** empfiehlt L. die Errichtung von Anstalten, in welchen die mit Syphilis behafteten Prostituierten für die Zeit ihrer Ansteckungsfähigkeit (wie lange ist das? d. Ref.) zurückzuhalten wären. Er hält die Schaffung solcher Anstalten nach Art der Leprosorien für durchaus möglich und macht Vorschläge für die Einrichtung derselben und die Beschäftigung der Insassen. Die zur Zeit geübte Kontrolle genügt, wie die enorme Verbreitung der venerischen Krankheiten zeigt, keineswegs, da ihr vielfach Mängel anhaften, und sich ein groſser Teil Infizierter derselben entzieht. Die Behandlung der jetzt in den Krankenhäusern weilenden Prostituierten ist zu kurz, es muſs für lange Zeit den als symptomfrei entlassenen die Licentia stupri genommen werden, was aber unmöglich ist, wenn die Betreffenden auſserhalb der Asyle weilen. Nur diejenigen Prostituierten sollen ihrem Berufe nachgehen dürfen, von welchen man die Überzeugung haben kann, daſs sich die sie benutzenden Männer nicht infizieren können. Verfasser betrachtet den Aufenthalt in den Asylen als eine Art Quarantäne, der sich keine entziehen kann, wenn das Gesetz es empfiehlt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zungenspatel und Syphilisprophylaxe, von Georges Baudouin-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 54.) Verfasser empfiehlt für die Untersuchung des Mundes hölzerne Zungenspatel, wie sie bei Pospieloff in Moskau in Anwendung kommen (anderwärts ebenfalls; d. Ref.) so zwar, dafs für jede einzelne Untersuchung und jeden einzelnen Kranken ein besonderer Spatel zum Gebrauch kommt. Durch eine beiderseitige Einbuchtung der Seiten in der Mitte des Spatels läfst sich derselbe nach der Verwendung leicht zerbrechen, wodurch eine Wiederbenutzung definitiv verhindert wird.

Hopf-Dresden.

Zahnärztliche Hülfe bei der Behandlung der Syphilis, von Brunrau-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 80.) Der Verfasser betont, dafs die Mundentzündungen bei Syphilitischen zwar durch das Quecksilber hervorgerufen werden, ihre Ursache aber in kariösen Zähnen, hervorragenden Wurzeln, Zahnstein, schlecht eingewachsenen Zähnen, sowie mangelhaft sitzenden Prothesen haben. Vor allen Dingen sollen alle Zähne gründlich von Zahnstein befreit werden, ehe man eine merkurielle Behandlung beginnt. Zwischen Beginn der Kur und Reinigung der Zähne müssen zwei, drei Tage dazwischen liegen, damit sich das Zahnfleisch ganz beruhigt. Bleibt es kongestiv oder erodiert, so kauterisiere man energisch mit dem Thermokauter. Alle Wurzeln sind auszuziehen. Alle Spitzen und Kanten sind zu glätten, entweder durch Abfeilen oder durch Ausstopfen und Verkleiden mit Masse. Unregelmäfsig stehende, sonst aber gesunde Zähne, will Verfasser ebenfalls entfernt wissen, zumal sie ja sowie so meistens sich nicht am Kauakt beteiligten. Jedenfalls soll der Mund während der Kur durch den Zahnarzt mehrmals revidiert werden. Zur täglichen Reinigung empfiehlt Brunrau zweimaliges Putzen mit der Zahnbürste und zwar mit guter Seife, dann mit Thymollösung 1,5 : 1000,0. Ebenfalls Reinigen und Bürsten der Zähne nach jeder Mahlzeit.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis, von H. Plummer-Harrodsburg. (*Louisville Journ.* 1900. No. 4.) Das primäre Geschwür behandelt Verfasser neben peinlicher Reinlichkeit durch Jodoformpuderungen. Konstitutionelle Behandlung beginnt, wenn auch die sekundären Symptome noch fehlen, sobald der örtliche Prozefs klinisch für sichere Sklerose spricht. Milde Behandlung während der ersten zwei Jahre. Daran anschliefsend Tonica. Nebenbei vorzügliche Ernährung. Plummer glaubt, dafs derselbe Keim, der die primäre Ulceration der Lues bedingt, auch die sekundären wie tertiären Prozesse hervorrufe. Eine Abschwächung trete nicht ein. Trotz der besten Kuren erhielten sich stets einzelne Syphiliskeime im Organismus. Ein Syphilitischer solle darum niemals heiraten. Ohne Syphilis gäbe es nach Ansicht des Verfassers keinen Krebs, keine Tuberkulose, keine Skrophulose. Deren Erreger seien modifizierte Syphiliskeime. (Der Verfasser dürfte mit seiner Ansicht vereinzelt dastehen; d. Ref.)

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis, von C. Bruhns. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 46 u. 47.) In der Einleitung wird der vergebens angestellten Versuche der letzten Jahre, ein spezifisches Syphilisserum zur Behandlung zu gewinnen (Neisser, Tarnowsky u. a.), gedacht und die verschiedenen dazu benützten Wege werden angegeben. Es verbleibt also vorläufig noch bei den altbewährten Hg- und JK-Darreichungen. Aufser der Welanderschen Säckchenbehandlung und dem auf demselben Prinzip beruhenden Merkolintschurz von Blaschko sind bezüglich der Hg-Behandlung keine Neuerungen angeführt, jedoch in recht objektiver Weise die Vor- und Nachteile, welche den anderen Methoden, der Darreichung per os, den Inunktionen und den Injektionen zukommen, dargestellt. Dafs die Franzosen noch mit Vorliebe ihren Hg-Pillen huldigen, ist bekannt; die beinahe schon zahllosen löslichen und unlöslichen

Präparate, welche zur subcutanen Injektion empfohlen werden — beinahe jeder Klinikvorstand besitzt nun sein „am besten wirkendes" Injektionsmittel — werden in gewissenhafter Weise angeführt. Der Streit zwischen unlöslichen und löslichen Mitteln ist vorläufig noch nicht entschieden, Bruhns giebt im allgemeinen letzteren und zwar dem Sublimat, mit Kochsalz gemischt, den Vorzug. Bezüglich der Jodkaliumdarreichung warnt B. davor, es gleichzeitig mit einem internen Quecksilberpräparat zu geben. (Ref. kann jedoch dem nicht beistimmen, sondern hatte in Fällen hartnäckiger sekundärer Lues gute Erfolge mit einer Mischung von Hydrarg. bijod. und Kalium jodat.) Die Lokalbehandlung der sekundären und tertiären Syphiliserscheinungen tritt meist hinter der Allgemeinkur zurück, die Plaques im Munde läfst B. ein- bis zweimal täglich mit 1—2%iger Sublimat-, oder mit 5—10%iger Argentum nitricum-Lösung, event. mit dem Argentumstift behandeln (bei hartnäckigen Fällen hilft auch dieser nichts; Ref.). Was den Verlauf der Behandlung betrifft, so sollen im ganzen etwa sechs Kuren innerhalb der ersten drei Jahre nach der Infektion vorgenommen werden. Als Ersatz des Jodkaliums rühmt B. besonders das Jodipin, vor allem in subcutaner Darreichung. Wichtig ist für die Praxis (Ehekonsens) und bei eingetretener Schwangerschaft zu wissen, dafs die Vererbungsfähigkeit der Lues bei der Frau fünf bis zehn Jahre und länger, beim Manne durchschnittlich bis höchstens drei Jahre andauern kann. Zum Schlusse spricht B. noch über das äufsere Verhalten bei einer Kur, über Ernährung u. s. w. Wenn er sagte, der Kranke solle seine Behandlung nicht nebenher betreiben, sondern er müsse wirklich seiner Kur leben, daher die guten Erfolge in den Badeorten, so lehrt doch die tägliche Erfahrung, dafs ein vernünftiger Patient ohne Schaden neben seiner Hg-Kur der täglichen, allerdings nicht allzu anstrengenden, Beschäftigung nachgehen kann. *Stern-München.*

Die heutige Behandlung der Syphilis, von Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.* 7. April 1900.) Die Mortalität durch Syphilis ist in den letzten Jahren wenigstens um ein Drittel vermindert worden. Die Behandlung mit Quecksilber hat jede andere Methode verdrängt. Vortragender erörtert die Vorteile dieser Behandlung. Wenn Merkur frühzeitig genug verordnet werde, so sei es möglich dem Ausbruche von Sekundärerscheinungen vorzubeugen, oder die letzteren in ihrer Intensität zu mildern. Dafs man früher schlechtere Resultate von der Quecksilberbehandlung erzielt habe, als heute, rühre von dem Mifsbrauch her, den man mit dem Merkur getrieben. Die Frage, wann die interne Behandlung mit Quecksilber zu beginnen sei, beantwortet H. dahin, „je früher, desto besser". H. zweifelt nicht daran, dafs das Quecksilber dazu beitrage, den harten Schanker zum Erweichen und schliefslich zum Schwinden zu bringen. Vortragender bespricht sodann die verschiedenen Methoden der Quecksilberbehandlung und die Therapie der tertiären Syphilis. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen einer Merkurialsalbe, von H. Fosberg. (*Brit. med. Journ.* 13. Jan. 1900.) Verfasser hat die von Lambkin, Julius Althaus und Porter empfohlene Methode an mehreren Patienten einer Nachprüfung unterzogen und ist zu dem Schlusse gekommen, dafs die Behandlung zwar sehr wirksam, aber offenbar zu stark sei und Schmerzen an den injizierten Stellen sowie Merkurialismus verursacht. *C. Berliner-Aachen.*

Merkuriol bei Syphilis, von Walker Hall. (*Brit. med. Journ.* 10. März 1900.) Der Verfasser beschreibt die von Ahmann empfohlene Behandlung der Syphilis mit Merkuriol und empfiehlt dieselbe seinerseits als eine saubere, bequeme, wirksame, von üblen Nebenerscheinungen, wie Dermatitis, Stomatitis, Gastritis nicht begleitete Methode, bei der man nur den Urin zu überwachen und wenigstens einmal wöchentlich auf Eiweifs zu untersuchen habe. *C. Berliner-Aachen.*

Die QUINQUAUDsche Kur (Kalomeldauerpflaster) bei der Syphilis des Kindes, von H. GILLET. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 39.) Der Verfasser behandelt die Syphilis der Kinder seit Jahren ausschliefslich nach der von QUINQUAUD angegebenen Methode mit Auflegen von Kalomelpflastern. Das Pflaster wird nach folgender Formel hergestellt: Emplastr. diachyl. 3000,0; Calomelan. vap. par. 1000,0; Ol. ricin. 300,0. Die Mischung wird auf Leinwandbinden aufgestrichen, jeder Quadratdezimeter des gestrichenen Pflasters soll etwa 1,2 g Kalomel enthalten. Von diesem Pflaster wird dem Kinde ein 10—15 cm langes, 15—30 cm breites Stück auf die gereinigte Haut aufgelegt; das Stück bleibt acht Tage liegen, dann wird ein neues Stück auf eine andere Hautpartie wieder für acht Tage appliziert; so wird fortgefahren, bis die Erscheinungen geschwunden sind. Wenn das Pflaster abgenommen wird, zeigt sich die Epidermis leicht maceriert, aber ohne Spur von Entzündung. Dafs das Pflaster nicht vertragen wird, kommt nur in ganz seltenen Fällen vor. Der Verfasser ist mit den Resultaten dieser schonenden, milden und leicht ausführbaren Methode sowohl bezüglich der momentanen Erfolge, als auch bezüglich der Weiterentwickelung der Kinder sehr zufrieden; nach seiner Überzeugung verdient die Methode ausgedehnte Anwendung. *Göts-München.*

Die Anwendung des Jod in der Syphilistherapie, von P. MEISSNER. (*Med. Woche.* 1900. No. 38.) In 47 Fällen, von denen 17 ausführlich mitgeteilt werden, verwendete Verfasser das Jodalbacid in Tablettenform und schliefst aus seinen Erfahrungen, dafs dieses Mittel den anorganischen Salzen des Jods bei weitem vorzuziehen sei, soweit es sich nicht um aufsergewöhnlich energische und schnelle Wirkungen handelt. Er betont in seinen lesenswerten Ausführungen, dafs erstens die Reaktion einer Affektion auf Jod niemals als Beweis für deren specifischen Charakter angesehen werden darf, dafs zweitens eine Darreichung von Jod bei Lues nur zweckdienlich ist, wenn es sich um Beruhigung von vorhandenen Zellwucherungen handelt, dafs drittens eine alleinige Behandlung mit Jod auch bei positivem Erfolg niemals als genügend für eine antisyphilitische Kur anzusehen ist. *I. Bloch-Berlin.*

Über die Jodbehandlung bei Syphilis, von LILIENTHAL. (*Medico.* 1900. No. 33.) Eine Empfehlung des Jodalbacid für Syphilisfälle, bei denen Jodkalium nicht vertragen wird und eine langsamere Resorption des Jods erwünscht ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur örtlichen Behandlung der Syphilis ulcerosa, von J. MÜLLER. (*Therap. Monatsh.* 1900. No. 9.) Verfasser bespricht zunächst die bisher angewendeten nichtspecifischen Behandlungsmethoden bei den dem Jod und Quecksilber widerstehenden ulcerösen Syphiliden. Er selbst hat zwei solche Fälle durch das folgende Verfahren geheilt: Morgens ein (Wiesbadener) Kochbrunnenbad von 28 bis allmählich 31° von 20—40 Minuten Dauer. Nachmittags Irrigationen mit heifser Kaliumpermanganatlösung in der Stärke von 1 : 1000 bis 1 : 900 von 40° (nach BALZER).

In der Zwischenzeit Verband mit Argent. nitric., Perubalsamsalbe oder Borwasserumschläge. *I. Bloch-Berlin.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Beitrag zur Behandlung der Scabies, von R. Sachs. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 39.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Scabies ein neues Präparat, das von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin dargestellt wird, und das er an Neissers Klinik ausprobierte. Das Präparat wird Peruol genannt und ist ein synthetisch dargestellter Benzoësäurebenzylester, der zur Verhütung von Reizerscheinungen mit Ricinusöl im Verhältnis von 1:3 verdünnt wird. Die Vorzüge des neuen Präparats sind folgende: es tötet sicher die Milben, es reizt weder die Haut noch die inneren Organe, es ist geruchlos, es verfärbt weder Haut noch Wäsche. Der Preis der für drei Einreibungen notwendigen Mischung beträgt M. 1.50. – Anhangsweise berichtet Verf. über die von Dr. Shorwell angegebene Methode zur Behandlung der Scabies: nach einem gründlichen Bade mit Seife (Sand- oder Schmierseife) werden die Erkrankten an drei Abenden mit 5 %iger Schwefelsalbe eingerieben und Bett- und Leibwäsche mit Schwefelpulver eingestäubt. Empfohlen werden flores sulfuris, die frei von Schwefelsäure sind (letztere findet sich oft im präcipitierten Schwefel). Die Methode ist einfach und leicht auszuführen und wirkt nicht toxisch; bei zarter, kindlicher Haut macht sie aber doch oft Reizerscheinungen; sie empfiehlt sich daher mehr für Scabiesfälle, wo die Patienten keine zarte Haut haben und frei sind von sekundärem Ekzem. *F. Hahn-Bremen.*

Versuche mit Epikarin bei Scabies, von F. Siebert-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Als Ersatz für Naphtol, das in manchen Fällen Nierenreizung hervorruft, hat die chemische Fabrik von Bayer & Cie. ein Kondensationsprodukt von Kresotinsäure und β-Naphtol, das Epikarin, dargestellt, das vollständig ungiftig sein soll. Dieses Epikarin hat der Verfasser in Form einer 10 %igen Salbe, die er drei Tage hintereinander am ganzen Körper einrieben liefs, bei einer Reihe von Scabiesfällen angewendet und kann es als ein sicher wirkendes, in seiner Anwendung bequemes und unschädliches Mittel empfehlen. Die von Kaposi hervorgehobene juckstillende Wirkung des Epikarins konnte er nicht beobachten; vielleicht liegt das daran, dafs ihm zu seinen Versuchen fast nur Kinder zur Verfügung standen, deren Haut sehr reizbar ist. Ein entschiedener Vorteil des Präparats ist seine Geruch- und Farblosigkeit. Dagegen hat das Epikarin gegenüber dem β-Naphthol den Nachteil, dafs es auf die die Scabies begleitenden ekzematösen Erscheinungen sicher keine heilende, manchmal sogar eine verschlimmernde Wirkung ausübt. *Götz-München.*

Beitrag zur Behandlung der Scabies, von Schumann-Leipzig. (*Allgem. med. Centralztg.* 1901. No. 10.) Die Nikotianaseife hat sich dem Verfasser als ein Mittel bewährt, das rasch und sicher die Krätzmilben tötet und zugleich das vorhandene Eczem zur Heilung führt. Die erste Einreibung verursacht meist Übelkeit und Beängstigung, zuweilen Schwindel und Erbrechen; in seltenen Fällen steigern sich diese Erscheinungen zu bedenklichen Graden. Sie sind als Symptome einer Nikotinvergiftung aufzufassen. Verfasser rät daher von einer Anwendung des Mittels in der Privatpraxis, sowie bei Kindern, schwachen und elenden Personen ab, empfiehlt es aber sonst für die Krankenhausbehandlung. *A. Loewald-Cassel.*

Histopathologische Studie über die Impetigo circumpilaris des Kindes (Impetigo Bockhart), von Minne. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 36.) Verfasser unterscheidet diesen Typus von der Streptokokkenimpetigo des Tilbury Fox (Impetigo contagiosa) und den multiplen anderen Formen, welche diese Dermatose komplizieren.

Der ätiologische Faktor der Bockhartschen Impetigo ist der Staphylococcus aureus. Je nach der Tiefe der Schichten, in welche dieser Pilz eingedrungen ist, kommt es zur Entwickelung einer Impetigo circumpilaris, einer Akne necrotica, odes eines Furunkels. Im Gegensatze zur Impetigo contagiosa entwickelt sich die Bockhartsche Impetigo stets in der Umgebung eines Haares, das seinen Kontakt mit der follikulären Scheide meist während der ganzen Dauer des Prozesses beibehält. *C. Müller-Genf.*

Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo contagiosa, von Rudolf Matzenauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 42.) In klarer Darstellung giebt Verfasser zunächst an der Hand der Litteratur die Definitionen der Begriffe „Impetigo contagiosa" und „Pemphigus neonatorum", welch letzterer aber auch gröfsere Kinder befällt. Er vertritt dabei die schon von anderen Autoren aufgestellte Behauptung, dafs es sich bei diesem Leiden um ganz identische Prozesse handelt. Vom klinischen Standpunkte aus ist es unmöglich, eine bestimmte Grenze zu ziehen. Die Erfahrung lehrt, dafs der Pemphigus neonatorum, wenn er ausnahmsweise auf Erwachsene übergeht, hier ganz das Aussehen der Impetigo contagiosa annimmt. Umgekehrt bot ein Neugeborenes, dessen Mutter von letzterem Leiden ergriffen war, von dieser inficiert, ganz das Bild des Pemphigus neonatorum, sodafs erfahrene Dermatologen und Kinderärzte letztere Krankheit diagnostizierten. Ebenso ist, wie ausgeführt wird, der histologische Befund absolut der gleiche; es sind bei beiden Leiden in der Hauptsache zwischen Rete und Hornschicht sitzende Blasen. Bakteriologisch findet man ganz analoge Kokken, deren Kulturen auf allen Nährböden die gleichen Eigenschaften zeigten und verimpft dasselbe Resultat gaben. Es ist also an der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo contagiosa kaum zu zweifeln. Wenn dagegen geltend gemacht wird, dafs bei der letzteren Dermatose eine starke Krustenbildung stattfindet, so erklärt sich diese scheinbare Differenz durch das Alter der Patienten, durch die Verschiedenheit der Beschaffenheit der Haut bei Säuglingen und Erwachsenen. Wenn zufällig ältere Kinder vom Pemphigus neonatorum ergriffen werden, dann sieht man auch hier eine ähnliche Krustenbildung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pemphigus vulgaris und ein tötlich verlaufener Fall desselben, von Burnside Foster-St. Paul. (*St. Paul Journ.* Juli 1900.) Nach der Beschreibung, welche F. über den Pemphigus im allgemeinen giebt, gehen den Hauterscheinungen gewöhnlich konstitutionelle Symptome voraus, von welchen die ausgeprägtesten unregelmäfsiges Fieber mit gastrointestinalen Störungen und allgemeines Unbehagen sind. Die Hauteruption, aus runden oder ovalen Blasen bestehend, kann auf irgend einem Teil des Körpers vorkommen, anfangs sind jedoch Nacken und Rumpf der Lieblingssitz, später kann die ganze Hautoberfläche ergriffen werden. In manchen gutartigen Fällen kommen nur wenige zerstreute Blasen vor, welche allmählich abnehmen, und die Krankheit verschwindet in zwei bis drei Wochen; häufiger jedoch nimmt die Zahl der Blasen fortwährend zu, bis die ganze Haut befallen ist und sehr schwere Allgemeinsymptome infolge der dadurch entstehenden Funktionsstörung eintreten. Augen- und Mundschleimhaut können ergriffen werden und Epithelverluste davontragen. Die Krankheit kann Monate und Jahre dauern und hat in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen ein tötliches Ende, indem der Patient an Erschöpfung stirbt. Pemphigus foliaceus kann als solcher beginnen oder die Folge von Pemphigus vulgaris sein. Mit Unna reiht F. den Pemphigus bezüglich der sonst sehr dunklen Ätiologie und Pathogenese unter die chronischen, infektiösen Entzündungen. Der Fall, welchen F. beobachtete, betraf einen 80jährigen Buchhalter, der bis August 1898 stets gesund war; um diese Zeit begann der Ausschlag mit einem Bläschen an der

Oberlippe, welches sehr persistent war, bald von ähnlichen Eruptionen im Gesichte und Kinn, sodann an Brust und anderen Körperteilen gefolgt, jedoch ohne Jucken oder Brennen war. Es treten fieberhafte und andere Allgemeinerscheinungen hinzu und unter allgemeiner Erschöpfung trat am 25. Februar ds. J. der Tod ein. Die Behandlung war innerlich die mit As und äufserlich dieselbe, wie bei einer ausgedehnten Verbrennung. Erythema multiforme (bullosum) hat nach F. grofse Ähnlichkeit mit Pemphigus vulgaris. *Stern-München.*

Pemphigus mit Erythema iris, von H. C. Drury. (*Brit. med. Journ.* 5. Mai 1900.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 14jährigen Knaben, der wegen einer intensiven Attacke von akutem Pemphigus in schwerem Zustande ins Hospital gebracht worden war. Abgesehen von den zahlreichen, über den ganzen Körper zerstreuten, verschieden grofsen Pemphigusblasen, zeigte der Patient am Stamm und an den Extremitäten erythematöse Flecke der Irisform. Viele derselben waren konfluiert und bildeten sehr grofse, unregelmäfsig begrenzte Plaques. In mehreren dieser letzteren war Hämorrhagie aufgetreten. Der Patient fieberte bis zum zehnten Tage stark, später liefs das Fieber nach; die Blasen brachen auf, vereinzelt in Ulceration übergehend. Unter der Behandlung mit verstärkten Arsenikdosen und Eisen wurde der Patient vollständig wiederhergestellt. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Diagnose und Behandlung des Pemphigus vulgaris chronicus, von P. G. Unna-Hamburg. (*Ther. d. Gegenw.* 1901. No. 1.) In bekannter klarer Art bespricht Unna die Differentialdiagnose des Pemphigus, von denen er alle Impetiginea, Erythema exsudativum multiforme, Erythantema bullosum, Hydroa, Phlyctaenosis septica auch Erythema bullosum vegetans (Pemphigus vegetans Neumann) umschriebene Blasenausschläge auf nervöser oder Blut- und Lymphstauungsgrundlage, Epidermolysis bullosa hereditaria ausschliefst. Er präzisiert scharf das klinische Verhalten der Einzeleffloreszenzen und den Verlauf der Krankheit, um sich eingehend mit der Therapie zu beschäftigen. Als bestes erscheint Unna zweimalige tägliche Einreibung seiner Zinkschwefelpaste nach Eröffnung aller Blasen und fortgesetzter Gebrauch von keratinierten Arsenpillen à 0,005 bis 30 Pillen! täglich langsam steigend und noch lange nach Schwinden der Eruptionen anhaltend. Drei ausführliche Krankengeschichten zeigen deutlich den glänzenden Erfolg dieser Kur. Die neue Unnasche Behandlungsweise bedeutet einen grofsen Fortschritt in der Therapie des äufserst schwierigen und oft deletär endenden Pemphigus, und hat das Arsen mit der Zinkschwefelpaste verbunden für dieses Leiden dieselbe Bedeutung wie die Karbol-Sublimat-Zinksalbe neben dem Arsen für den universellen, schweren Lichen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Renautsche Körperchen bei einem Falle von vesiko-bullöser Dermatitis und Gangrän, von W. G. Spiller-Philadelphia. (*Univ. med. Mag.* Nov. 1900.) Das Wesen dieser von Renaut schon im Jahre 1881 beschriebenen Körperchen ist noch keineswegs klar. Auch die vorliegende Arbeit bringt keine Aufklärung, namentlich ist irgend ein Zusammenhang zwischen diesen Körperchen und der Hautaffektion absolut nicht zu entdecken. Letztere fanden sich an verschiedenen Nervenstämmen des Plexus brachialis auf der linken Seite, wie denn überhaupt der Plexus brachialis einer ihrer Lieblingsplätze zu sein scheinen. Sie bestanden aus zarten, welligen Streifen von Bindegewebe, in konzentrischer Anordnung und enthielten auch verschiedentlich die Langhansschen „ein- und mehrkammerigen Blasenzellen." Die Arbeit ist durch drei gut ausgeführte Abbildungen illustriert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein tötlicher Fall von kongenitalem Blasenausschlag, von R. H. Kennan. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1900.) Verfasser hebt in dem von ihm beschriebenen Falle von Pemphigus neonatorum als bemerkenswert hervor den letalen Ausgang, die Lokalisation der Blasen, das vollständige Fehlen von Anhaltspunkten, die für hereditäre Syphilis sprechen könnten. Welch' ätiologischer Faktor zum Entstehen der Krankheit beigetragen hat, ist ebenso dunkel, wie die Ätiologie des Pemphigus vulgaris überhaupt.

C. Berliner-Aachen.

Über polymorphe schmerzhafte Dermatitiden mit umschriebenen Eruptionen, von L. Brocq-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 30.) Der Verfasser berichtet zuerst über einen einschlägigen Fall bei einem 71jährigen Kranken. Seit 1½ Jahr litt derselbe an einer erythematösen, vesikulösen und bullösen Eruption mit starkem Jucken. Die Affektion, in Schüben auftretend, blieb stets auf gewisse Regionen beschränkt, die, besonders was die Wangen betrifft, allmählich ein narbiges Aussehen gewonnen haben. Der Vorgang hat auch teilweise zur Atrophie der Haarbälge und zur Bildung kleiner epidermoidaler Cysten geführt, analog denen, wie sie bei Brocqs Pemphigus successif à kystes épidermiques vorkommen. Dermatite bulleuse congénitale avec kystes épidermiques Hallopeaus. Brocq stellt darauf Vergleiche der vorliegenden Erkrankung mit der Dermatitis herpetiformis Duhring, der 1896 von Gaucher und Barbe beschriebenen Eruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopécie consécutive und Corletts Eruption bulleuse récurrente limitée à certaines régions, probablement une dermatite herpetiforme an. Für Duhring sind die Charakteristika seiner Erkrankung die Chronicität, der Verlauf in Schüben, die nicht immer dasselbe Bild bieten, sowie die Gruppierung wie Herpes vulgaris oder Herpes circinatus. Daher die Benennung „herpetiformis". Ohne letztere Gruppierung erkennt Duhring die Dermatitis herpetiformis gar nicht an. Nun kommt es aber zuweilen vor, dafs die herpetische Anordnung nur zu einer bestimmten Periode einer solchen Erkrankung vorliegt, woraus Brocq schliefst, dafs die Gruppierung nicht als Kardinalsymptom erklärt werden sollte, wofern man nicht überhaupt für nicht rein herpetische Form eine andere Bezeichnung einführt. Unter dem Namen Dermatites polymorphes douloureuses fafst folgende Symptomenbilder zusammen: Intensive oft zu den Eruptionen in keinem rechten Verhältnis stehende Schmerzen. Polymorphe-erythemato-vesikulöse, erythematobullöse, urticarielle, papulöse, pustulöse und herpetiforme, meist gruppierte, zuweilen aber auch disseminierte Eruptionen. Successive Schübe. Relativ guter Allgemeinzustand. Diese Gruppe Brocqs umfafst also Pemphigus pruriginosus Chausit und Hardy, Herpès pemphigoide Devergie, einen Teil des Erythema polymorphum Hebra, Hydroa bullosa arthritica Bazin, Miltons Herpes gestationis und auch Duhrings Dermatitis herpetiformis. Der Verfasser ordnet unter diese Gruppe der Dermatites polymorphes douloureuses auch die ganze Duhringsche Krankheit und den ganzen Pemphigus der Wiener Schule mit Ausnahme der vulgär-chronischen Form unter. Therapeutisch kommen Milchdiät, Tonica wie Strychnin, Ergotin oder Belladonna, sowie elektrische Bäder und Elektricität überhaupt in Frage.

Hopf-Dresden.

Eine bakteriologische und mikroskopische Untersuchung von 300 pustulösen und vesikulösen Hautläsionen nebst Besprechung der Ätiologie der Acne vulgaris, von T. C. Gilchrist-Baltimore. (*Trans. Am. Derm. Ass.* 1900.) Diese sehr fleifsige Arbeit umfafst 32 Arten resp. Unterarten von Dermatosen u. a., Impetigo contagiosa, Ecthyma, Folliculitis staphylogenes (Unna), Furunkulosis, Scabies, Tinea sykosis und circinata, Panaritium, Dermatitis venenata, medikamentöse Aus-

schläge, Ekzem, Akne u. s. w. Bei letzterer Affektion hat G. einen Mikroorganismus nachgewiesen, den er für pathogenetisch ansieht und als Bacillus resp. Actinomyces acnes bezeichnet. Derselbe ist kurz und dick, wächst aber auf den Nährmedien sowohl in die Breite, mehr jedoch in die Länge aus. Auf Glycerin-Agar wächst er langsam „en masse". Anfangs ist die Kolonie weifs und rahmig, nimmt später dann eine rosarote Färbung an. Auf Glukose-Agar gedeiht er auch, führt aber nicht zu Gasentwickelung; ebenso auf Bouillon, auf Kartoffeln nicht sichtbar, dagegen ziemlich energisch auf Blutserum, nicht aber auf Dunkamscher Lösung oder Milch. Mit Gramscher Lösung entfärbt er sich nicht, ist beweglich und bildet Verästelungen. Mäuse und Meerschweinchen gingen, damit infiziert, ein. Von den bei den 54 Fällen untersuchten 96 Läsionen erwiesen sich 54 auf der Agarplatte steril, 31 Kulturen ergaben eine oder mehrere Kolonien des Staphylococcus epidermidis albus, während elfmal Reinkulturen des Bacillus sich auf dem Glycerin-Agar entwickelten. Untersucht wurden dabei Pusteln in allen Gröfsen und allen Stadien der Entwickelung. Somit ist entgegen der sonst allgemein acceptierten Ansicht festzustellen, dafs Akne nicht durch die gewöhnlichen Eitererreger bewirkt wird, sondern durch diesen einen spezifischen Mikroorganismus. Dabei soll aber die Bedeutung der individuellen körperlichen Disposition und anderer externer Momente durchaus nicht geleugnet werden. Betreffs der anderen von G. untersuchten Affektionen mag auszugsweise erwähnt werden, dafs der Inhalt aller Bläschen, z. B. bei sämtlichen 10 Fällen von Dermatitis venenata, fast durchaus steril befunden wurde. Ferner zeigte Verfasser durch eine Beobachtung von Inokulierung mit Reinkultur von Tinea megalosporon ectothrix am Arme eines Mannes, dafs auch mit diesem eine Pustelbildung erzeugt werden kann. Ähnliches ist auch von C. J. White konstatiert worden. — Bei Furunkulosis wurde ausschliefslich Staphylococcus aureus in allen 20 Fällen nachgewiesen, bei Impetigo contagiosa der Streptococcus pyogenes, in 10 von 17 Fällen als Reinkultur, in den anderen mit einzelnen Staphylokokken vermischt. — Wegen der weiteren Details dieser interessanten Mitteilung betreffs Technik u. s. w. mufs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Recidivierende Miliaria des Gesichts (Acne miliaris, Acne ekzematosa), von L. Brocq-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 58.) Brocq unterscheidet drei Formen. Bei der starken Form ist das ganze Gesicht wie übersät mit Efflorescenzen, von kleinen, kaum sichtbaren Knötchen und Pustelchen an bis zu Stecknadelkopfgröfse. Sie sitzen auf mehr oder weniger entzündeter Basis, die teilweise etwas erhaben ist. Um sie herum strahlen stets passagere Teleangiektasien aus. Das Gesicht ist entstellt und weist heftiges Brennen auf. Der Prozefs erfolgt in Schüben, die sich vielfach wiederholen. Dadurch sowohl wie durch die Rapidität der Entwickelung (12 bis 48 Stunden), sowie durch Lokalisation und Kleinheit der Elemente unterscheiden sich die Miliariaeruptionen von ähnlichen Affektionen. Die mittelstarke Form ist eine häufige Erscheinung. Die allerkleinsten Bläschen überwiegen. Zu einem gewissen Zeitpunkt ist immer nur ein Teil des Gesichts befallen. Die Zahl der Eruptionen ist relativ viel geringer als bei der schweren Form. Die Kranken haben Perioden, wo die Haut völlig intakt ist. Das Brennen ist geringer, meist bestehen Empfindungen von Hitze, teilweise Jucken. Die leichte Form ist die häufigste. Sie ist stets durch ein wenig seborrhoisches, kleinschuppiges Ekzem maskiert, befällt meist Nasenflügel, Wangen und Kinn. Die Haut, auf der die Bläschen sitzen, kann scheinbar ganz gesund sein. Keine der drei Formen hinterläfst auf der Epidermis irgendwelche Spuren. Die sehr hartnäckige Krankheit kann für sich allein bestehen, oder im Gefolge von Seborrhoe, seborrhoischem Ekzem, Urticaria und Teleangiektasien auf-

treten. Bevorzugt ist das weibliche Geschlecht zwischen 25 und 55 Jahren. Ursachen der Eruption sind nach Angabe der Kranken Gemütsbewegungen, Indigestionen (nach Fischen, Schaltieren), nach Ansicht Brocqs Irritantien, wie Sonne, Wind, Cosmetica. Während der Menses exacerbiert die Affektion regelmäfsig. Frauen mit Cirkulationsanomalien (kalte Füfse u. a.) Uterinleiden, Magenerweiterung und ganz besonders muco-membranöser Enteritis sind prädisponiert. Therapie: kausal und symptomatisch — Schwefel, Resorcin, Naphtol. *Hopf-Dresden.*

Akute eiternde Balgentzündung (Folliculitis) der Kopfhaut mit totalem Verlust und totaler Regenerierung des Haares, von William Gottheil-New York. (*Med. Record.* 9. Juli 1900.) Verfasser beobachtete eine 16 Jahre alte Russin, die ziemlich akut, innerhalb einiger Wochen an eiternden Folliculitiden des behaarten Kopfes erkrankte. Die sich bildenden Pusteln sowohl wie die Verklebungen, die der von ihnen produzierte Eiter nach dem Platzen der Efflorescenzen mit dem dichten schwarzen Kopfhaar bildete, verursachten heftige Schmerzen. Unter einer Petroleumapplikation griff der schon vorher im Zunehmen begriffene Prozefs auf den ganzen Kopf über. An Stelle der sich loslösenden Schorfe blieben kahle Stellen zurück. Daneben bestand allgemeines Unwohlsein, Fieber, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Lymphadenitis. Die Kranke konnte nur dann im Bett liegen, wenn sie die Bauchlage benutzte. Keinerlei Besserung unter 2%igem Salicylöl. Mikroskopisch untersucht erwiesen sich die Haare als gesund, nicht abgestorben und pilzfrei. Die Schorfe und Schuppen zeigten ebenfalls weder Mycelien noch Keime. Nach vorübergehender Anwendung von Liniment. calc. bedeutende Erleichterung durch eine 3%ige Xeroformolivenölsuspension. Inzwischen war fast alles Haar ausgefallen, doch zeigte sich bald, dafs überall neue Behaarung auftrat. Endliche Heilung nach dreiviertel Jahr.
Hopf-Dresden.

Akne und Ekzema, von Whitfield. (*Brit. med. Journ.* 10. Febr. 1900.) Der Verfasser berichtet über einen 16jährigen Jüngling, der an Acne vulgaris kombiniert mit seborrhoischem Ekzem litt. Abgesehen von Akneknötchen zeigte das Gesicht einen fettigen Zustand. Die ganze Kopfhaut ist von dicken, fettigen Schuppen, welche sich in gyrierter Form abwärts vorn zur Stirn, hinten zum Nacken erstreckten. Brust und Rücken zeigen ein der Psoriasis nicht unähnliches Bild. Verfasser will jedoch im Gegensatze zu einigen Autoren die Psoriasis nicht mit dem Ekzema seborrhoicum identifizieren, weil beide klinisch voneinander wohl zu unterscheidende Affektionen seien. *C. Berliner-Aachen.*

Die Beziehung der Akne und anderer Erkrankungen der Gesichtshaut zu den Veränderungen des Naseninnern, von Max Berliner-Breslau. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1900. No. 49.) Nachdem Sticker bei seinen Leprauntersuchungen regelmäfsig im Naseninnern bacillenhaltige Veränderungen angetroffen hatte, so regelmäfsig, dafs er diese Veränderungen als den Primäraffekt der Lepra ansah, machte er im weiteren Verlauf seiner Untersuchungen ähnliche Entdeckungen für eine Reihe von anderen Hautkrankheiten, vor allem für die Akne, deren Primäraffekt er auch im Naseninnern entdeckt zu haben erklärte. Verfasser hat seine Untersuchungen am Breslauer poliklinischen Material nachgeprüft und kann sie nicht bestätigen; er fand Nasenveränderungen bei Aknekranken durchaus nicht häufiger als bei anderen Patienten, nämlich nur in 28% der Fälle, sodafs diese Thatsache doch wohl gegen die Auffassung eines ätiologischen Zusammenhanges spricht. Andererseits fand sich in vielen Fällen von Nasenerkrankungen, die den Stickerschen Anforderungen entsprachen, durchaus keine ausgesprochene Gesichtserkrankung. *F. Hahn-Bremen.*

Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems, von W. Schouten. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 29 u. 30.) Um die Frage nach der Entstehung des Ekzems zu klären, hat Verfasser eine Reihe von bakteriologischen Untersuchungen sowohl der normalen Haut, als auch der erkrankten angestellt, speziell hat er eine Menge von „banalen typischen Ekzemen mit stark hervortretenden akut entzündlichen Symptomen“ untersucht. In diesen sämtlichen Ekzemfällen fand sich stets und zwar in Reinkultur der Staphylococcus pyogenes aureus. Von der normalen Haut und von verschiedenen anderen Dermatosen liefs sich eine bunte Bakterienflora züchten, meist waren aber gelbe Staphylokokken dabei. Auch experimentell erzeugten diese Staphylokokken auf leicht lädierter Haut eine flächenhafte Hautentzündung. Trotzdem sieht Verfasser die Ursache des Ekzems in einer besonderen Empfindlichkeit und eigenartigen Reaktionsfähigkeit der Haut, die für die Staphylokokken den Boden ebne. Zum Zustandekommen eines Ekzems gehören eben beide Faktoren.

F. Hahn-Bremen.

Über den parasitären Ursprung des Ekzems, von Jadassohn. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 32.) Nach kritischer Beleuchtung der letzten bakteriologischen Arbeiten und auf Basis der Untersuchungen von Frédéric kommt Verfasser zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. In der grofsen Gruppe der banalen Ekzeme giebt es Efflorescenzen, in welchen — mit den aktuellen Methoden — Mikroorganismen nicht nachweisbar sind oder nur Formen, denen eine pathologische Bedeutung nicht beigemessen werden kann. Bei solchen Formen können wir in ätiologischer Hinsicht blofs eine lokale oder allgemeine Prädisposition annehmen, sodann mechanische und chemische Reize. 2. Bei diesen Prozessen, wie bei vielen anderen Hautaffektionen konstatieren wir sehr häufig die Invasion banaler Mikroorganismen, die auf der Hautdecke des Menschen und dem umgebenden Milieu jederzeit zu finden sind (Staphylokokken und Streptokokken). Die Folgen dieser Invasion sind abhängig: vom Grade der Virulenz der Infektionserreger, von der lokalen und allgemeinen Prädisposition des erkrankten Individuums und von der Natur des ursächlichen Prozesses. Die resultierende Entzündung, die Reaktion, kann in den verschiedensten Formen auftreten, von minimaler Reizung bis zu starker Impetiginisation, von der passageren Läsion bis zum schweren und chronischen Ekzeme (sekundäre, banale Infektionen der Haut auf dem Boden wahren Ekzems, artifizieller Dermatitis, Dermatitis parasitaria etc.). 3. Solche banalen Infektionen können ohne Präexistenz irgend welcher Krankheitserscheinungen unversehens zu stande kommen. Ihre Entwickelung und ihr Grad sind von der Beschaffenheit des Terrains abhängig, auf dem sie zum Ausbruche gelangt sind (primäre, banale Infektionen der Haut).

A. Alpár-Alexandria.

Über den parasitären Ursprung des Ekzems, von Kaposi. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 41.) Auf dem internationalen Dermatologenkongresse führt Kaposi folgendes aus: Bis zum Jahre 1890 wufste man überall, dafs es ein parasitäres Ekzem giebt, das Ekzema marginatum, welches durch Schimmelpilze hervorgerufen wird. An die Möglichkeit eines parasitären Ursprunges aller Ekzeme hat niemand gedacht, da ja die auf chemische, mechanische und kalorische Reize auftretenden Ekzeme zu bekannt sind. Späterhin hat man dazu Neigung gehabt, gewisse Ekzemformen als parasitäre zu bezeichnen, ohne aber, wie Verfasser glaubt, irgend einen Beweis dafür zu bringen. Späterhin hat dann Unna das Ekzema seborrhoicum in die Welt gebracht, eine Bezeichnung, die früher nur für Ekzema folliculare, für manche Ekzeme bei denen sehr viel Talgdrüsensekret den Ekzemprodukten beigemengt sind, bescheidentlich gebraucht wurde. Für Kaposi ist der Unnasche Begriff des Ekzema seborrhoicum gleich Null. Unnas, vom Vortragenden sehr scharf zurückgewiesene,

Arbeiten haben nun drei Fragen wachgerufen: 1. Was und wie ist das Ekzema seborrhoicum? 2. Was ists mit dem von UNNA behaupteten parasitären Ursprung des Ekzems? 3. Was ist Ekzem? Zu den beiden ersten Fragen hat der Vortragende bei seiner bekannten Stellungnahme nichts hinzuzufügen, den letzten Punkt will er bei einer späteren Gelegenheit besprechen.

Die Diskussion ergiebt folgendes:

UNNA: Die Ekzemkokken sind nicht identisch mit Staphylokokken. Das beweist auch die Klinik der Hautkrankheiten; ein seröser Katarrh des Ekzems und eine Impetigo führen an sich nie zu Furunkel und Anthrax. Auf die genauere Klassifizierung der Kokken seien jetzt seine Studien gerichtet.

JADASSOHN: Die Staphylokokken sind nicht notwendig zur Entstehung des Ekzems; FRÉDÉRIC hat jüngst erst wieder sterile, frischere Ekzemefflorescenzen gefunden. Der synthetischen Arbeit F. HEBRAS müsse jetzt eine analytische entgegengesetzt werden; die Neurodermitis chronica circumscripta, die Seborrhoea corporis (DUHRING), das Ekzema folliculare [MORRIS] (Folliculitis aggregata non suppurativa), vor allem aber die artifiziellen Dermatitiden müssen vom Ekzem abgegrenzt werden. Die Morokokken UNNA sind von ihm selbst zurückgezogen; Staphylococcus pyogenes aureus und albus, Streptokokken kommen sehr oft vor. Die Wirkung der banalen Mikrobien der Haut bei den artifiziellen Dermatitiden hat für die Auffassung ihrer Mitwirkung bei den Ekzemen eine grofse Bedeutung.

RODIN-Rennes bemerkt, dafs die Variierung und das Wechseln der Kulturmedien für die Züchtung sehr wichtig sei.

AUDRY: Artifizielle Dermatitiden müssen vom Ekzem geschieden werden. Das Ekzema seborrhoicum verdient eine selbständige Stellung. Inokulierbar sei das Ekzem nicht; ein parasitäres Ekzem ist kein wahres Ekzem. Bei genauer Begrenzung sei das Gebiet des Ekzems kein sehr ausgedehntes.

SABOURAUD demonstriert die Histologie des Ekzems an farbigen Tafeln. Im Beginne der Vesikulation ist der Prozefs stets amikrobisch; es handelt sich um ein intercelluläres und intracelluläres Ödem. Jetzt sei UNNAS Parasitentheorie nicht anwendbar. Das sei erst der Fall, sobald die Eiterung, die Infektion, erfolgt ist. Staphylokokkeneiterungen, Impetigo (BOCKHART), artifizielle Krotonölpusteln zeigen histologisch keine Differenz, wohl aber Streptokokkeninfektion der Epidermis.

MORGAN DOCKRELL-London stellt folgende Sätze auf: 1. UNNAS Morokokken sind nur Staphylokokken; 2. diese würden in der Tiefe nur bei vorhandenen Fissuren gefunden; 3. in frischen Bläschen findet man keinerlei Bakterien; 4. Bakterien in Ekzemkrusten stammen aus Luftinfektion; 5. man finde in Kulturen stets Bakterienmischungen, nicht nur den Staphylococcus pyogenes aureus.

BROCQ freut sich, dafs auch SABOURAUD die amikrobische Entstehung der Bläschen anerkenne.

NEISSER hält die Anschauung KAPOSIS, dafs alle Ekzeme einer Natur sind, nicht für den Thatsachen entsprechend. Ekzema seborrhoicum sei ein durch spezielle Parasiten hervorgerufenes Ekzem. Der erste Beginn der Bläschenbildung komme wohl ohne Mikrobien zu stande, später spielten letztere aber eine grofse Rolle.

PETRINI kommt bezüglich der parasitären Entstehung des Ekzems zu einem ganz negativen Resultat. Dasselbe sei eine Anomalie, abhängig vom Terrain, von der Konstitution, von der arthritischen und lymphatischen Diathese, von Veränderungen der Hautnerven, von inneren Organerkrankungen, selbst von der Heredität. Die praktisch-klinische Seite müsse bei weiteren Arbeiten mehr in den Vordergrund treten.

DU CASTEL-Paris bedauert, dafs die Diskussion dem Kliniker keinen Anhalt zur Orientierung über die verschiedenen Ekzemformen biete.

Hallopeau hebt als typisches Ekzem das Berufsekzem der Wäscherinnen hervor, welches von den Händen auf Arme, Hals und Nacken übergehe.

Sabouraud glaubt, daſs es sich hier um eine originäre, mikrobiäre Erkrankung handele. Neben dem vesikulösen Ekzem giebt es eine Menge mikrobiäre, ekzemähnliche Dermatitiden.

Leredde betont, daſs oft innere, gastrische Ursachen das Ekzem begünstigen.

Jacquet erklärt die Verbreitung des Ekzems besser durch reflektorische Miterregung des Nervensystems.

Brocq will unter Ekzem nur amikrobiäre Affektionen subsumieren.

Unna hält gerade das chronische Ekzem für das wahre. Die Divergenz der Anschauungen erklärt sich aus der Divergenz der Auffassung über das, was Ekzem ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Muttereindrücke (Sich versehen) im niederen Tierleben, von A. Wilson-Edinburgh. (*Lancet.* 16. Febr. 1901.) Kurze Schilderung eines erlegten Kälbchens (Kits) von einer südafrikanischen Antilopenart, Tragelaphus syloaticus, das am Kopfe und Schwanze entschieden Ähnlichkeit mit dem Elephantentypus zeigte. Verfasser erklärt dies unumwunden in der Weise, daſs das Muttertier während der Trächtigkeit durch einen der in der dortigen Gegend häufigen Elephanten erschreckt worden sein müsse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In St. Louis U. S. A. hat sich unter dem Vorsitz von Dr. H. A. Hardaway eine dermatologische Vereinigung gebildet, deren Sekretär Dr. M. F. Engmann ist. Mitglieder sind bis jetzt die Herren Drs. J. Duncan, Joseph Grindon, J. Klever, W. P. Loth.

Unser geschätzter Mitarbeiter Herr Dr. Ernst Heuss hat sich als Privatdozent für Dermatologie in Zürich habilitiert.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 9. 1. Mai 1901.

(Aus dem Adéle Bródy-Kinderhospital zu Budapest.)

Über einen interessanten Fall von Naevus papillomatosus universalis. Behandlung mit Thyreoidin.[1]

Von

Dr. Cornelius Beck,
ordin. Arzt für Hautkranke am Adéle Bródy-Kinderhospital zu Budapest.

Mit einer Abbildung im Text.[2]

Meine Herren!

Der Fall, den ich Ihnen vorzustellen die Ehre habe, verdient unsere besondere Aufmerksamkeit nicht nur wegen seiner grofsen Seltenheit, sondern auch wegen der Versuche und Resultate, die ich in therapeutischer Hinsicht unternommen, respektive erlangt habe.

Der sechsjährige Knabe J. D. wurde am 27. Juni 1899 in unser Spital aufgenommen und steht seit dieser Zeit, selbst nach seiner im Monat März 1900 erfolgten Entlassung, fortwährend unter meiner Beobachtung. Über die zur Zeit wahrnehmbaren Veränderungen der Haut, sowie über deren erstes Auftreten mufs ich folgendes hervorheben: Die Angehörigen des Patienten können sich nicht bestimmt des genauen Zeitpunktes erinnern, wann sie die ersten Erscheinungen der bestehenden Erkrankung wahrgenommen haben, nur soviel können sie sicher behaupten, dafs im Alter von sechs Monaten die Haut der Innenseite der Schenkel schon deutliche Veränderungen wahrnehmen liefs. In der Familie kam keine ähnliche Erkrankung vor; zwei jüngere Geschwister des Patienten leiden an Skrophulose. Ungefähr ein Jahr vor der Spitalsaufnahme ist das Kind an Masern erkrankt, und nach seiner Genesung hat sich der Zustand seiner Haut bedeutend verschlimmert. Bei der Aufnahme konnte man konstatieren, dafs die Läsionen, welche beinahe den ganzen Rumpf,

[1] Krankenvorstellung am 16. Nov. 1899 im königl. ungar. Ärzteverein zu Budapest.
[2] Die Abbildung verdanke ich der photographischen Aufnahme des Herrn Dr. Alfred Huber.

Kopf, Hals und Extremitäten bedeckten, je nach ihrer Lokalisation kleinere Abweichungen aufwiesen.

Die behaarte Kopfhaut ist ganz mit gelblichbraunen leicht abkratzbaren und fettigen Hornschuppen bedeckt. Auf der Stirn befinden sich kleine stecknadelkopfgroſse, wenig erhöhte Papelchen, welche durch ihre dichte Anordnung dem betastenden Finger einen sammetartigen Eindruck machen. Auf den Augenlidern, sowie auf der Haut der äuſseren Augenwinkel sehen wir schon bedeutend gröſsere, hirsekorn- bis linsengroſse stärker prominierende und mit einer rauhen unebenen Oberfläche versehene papulöse Auswüchse, welche besonders die Ränder der Augenlider verunstalten. Dieselben sind bräunlich pigmentiert, ihre Gröſse und dunkele Farbe nimmt nach jeder Richtung allmählich ab, und gehen schliefslich in der Höhe der Nasenbeinwurzel und an den Wangen — soweit es mit unbewaffnetem Auge zu beurteilen ist — in normale Haut über. Auf der Haut der äuſseren Gehörgänge sind ebenfalls in je eine Gruppe geordnete, mit schmutziggelber und leicht ablösbarer Hornsubstanz versehene Exkrescenzen. An beiden Mundwinkeln sind, auf ungefähr zwei pfennigstückgroſsen Flächen mehrere Millimeter hohe, teils spitze, teils mehr flache, papilläre Gruppen, deren Hornschicht durch die fortwährende, vom Speichel verursachte Befeuchtung, hier und da maceriert ist und einen milchweifsen Überzug bildet. Am Filtrum und Naseneingang befinden sich ähnliche papillöse Wucherungen, welche, wie auch die übrigen, von mehr oder weniger tiefen Furchen durchzogen sind. Am Kinn sehen wir dieselben Veränderungen in mäfsigerem Grade, es wechseln hier die kranken Hautstellen mit gesunden Partien ab. Gegen den Hals werden diese papillären und verrukösen Gebilde immer gröfser und wachsen zu bohnengroſsen, kurzgestielten und den Fibromata mollusca ähnlichen Gebilden aus, sind gelblich bis dunkelbraun pigmentiert, behalten aber ihre ziemlich weiche Konsistenz bei. Sie umfassen panzerartig den ganzen Hals, nur an seltenen Stellen bleiben gesunde Hautstreifen frei. An der seitlichen Halsgegend und in der Fossa supraclavicularis sind die einzelnen Wucherungen am gröfsten, ihre Pigmentation am intensivsten, sie sind sepiabraun oder schiefergrau. An der letztgenannten Stelle bilden sie kinderhandgroſse Plaques mit parallelen Furchen, deren Richtung den normalen Hautfurchen dieser Gegend entspricht. Am Hinterhaupt, etwas seitwärts von der Medianlinie sind die Effloreszenzen in der Form von zwei 4—5 cm langen senkrechten Linien geordnet. Die Brust- und Bauchhaut ist beinahe gleichmäfsig von Gebilden bedeckt, welche insofern von den obenbeschriebenen abweichen, dafs sie viel platter und kleiner sind, sie erheben sich kaum einen Millimeter über das normale Hautniveau und bilden mehreckige Papeln von etwas dunklerer Farbe als die normale Haut. Durch die zwischen ihnen liegenden Furchen verleihen sie der Haut ein mosaik-

oder chagrinlederartiges Aussehen. In der Mittellinie der Brust und des Bauches, entsprechend der Linea alba und deren Verlängerung, ist die erkrankte Haut durch eine scharfe gerade Linie (Zusammenstofsen der beiderseitigen Läsionen) in zwei Teile geteilt. Auch an diesen Stellen finden wir nur wenige schmale Streifen oder unregelmäfsige 1—2 cm² grofse Stellen normaler Haut, ohne irgend eine gesetzmäfsige Anordnung. Von der Brust und vom Bauch breiten sich diese Wucherungen auf die Seiten und auf den Rücken aus. An letzterer Stelle finden wir schon mehrere bogenförmige gesunde Hautstreifen, besonders in der Skapulargegend, wo auch die lädierten Hautteile — in der unmittelbaren Nachbarschaft des Rückgrates — mit den normalen Hautstreifen abwechselnd, eine bogenförmige Anordnung zeigen. Die mittlere Grenzlinie ist auch hier, wenn auch nicht so deutlich wie vorn, gut erkennbar. Über dem Mons veneris und in der Inguinalgegend ist der Prozefs wieder ausgeprägter, die einzelnen Efflorescenzen nehmen von neuem eine papilläre Form an und in den Schenkelbeugen, sowie an der Innenseite der Schenkel stehen sie an Gröfse und Gedrängtheit den auf dem Halse vorkommenden Veränderungen kaum nach. Von hier nach abwärts werden sie wieder platter, kleiner und weniger pigmentiert, und gehen schliefslich vorne, unter dem Knie, nach aufsen auf der ganzen seitlichen und hinteren Oberfläche der Schenkel in normale Haut über. Am Rücken gewinnt die Haut nach abwärts auch allmählich ein normales Aussehen, insbesondere auf der linken Seite, wo die Haut schon vier Finger breit oberhalb der Nates frei von jedweder Veränderung ist, während rechts die krankhaften Veränderungen etwas tiefer hinunter reichen. Die Haut der Unterschenkel scheint zum gröfsten Teil vollkommen intakt zu sein, nur in den Kniebeugen befindet sich eine Zahl von in 8—12 cm langen parallelen senkrechten Linien geordneten hirsekorn- bis linsengrofsen, ziemlich hohen gelblichbraunen Wucherungen. Mäfsiger sind die Veränderungen an beiden Seiten der Achillessehnen, auf der Haut der Fufsrücken und zwischen den Zehen. An einzelnen Stellen, wie z. B. an den Handrücken und über den Knien besteht die Hautveränderung einzig und allein darin, dafs die Hautfurchen tiefer sind als in der Norm, die zwischen den Furchen befindlichen Hautinselchen sich stärker hervorwölben. Diese Stellen besitzen jedoch nicht die Steifheit der lichenifizierten Haut, sie sind im Gegenteil weich, geschmeidig und leicht zu runzeln. Die Haut der Achselhöhlen ist vollständig mit schiefergrauen, hohen und zumeist spitzigen dichtgedrängten verrukösen Gebilden bedeckt, welche unter allen auf der Haut befindlichen Wucherungen die härtesten, nahezu ichthyotisch sind. Sie gehen nach allen Richtungen in die mäfsiger erhabenen Auswüchse der übrigen Körperteile über. Die Haut der Beugeseiten der oberen Extremitäten besitzt dasselbe sammetweiche, mosaik- oder chagrinlederartige Aus-

sehen wie die weniger affizierten Stellen der Brusthaut, mit Ausnahme der Ellenbogengegend, wo ganz ähnliche Veränderungen wahrnehmbar sind, wie in den Kniebeugen. Die Streckseiten der Arme besitzen nur an einzelnen umschriebenen Stellen mäfsige Veränderungen, Handteller und Fufssohlen sind ganz normal.

Auf der Schleimhaut der Lippen sind analoge Veränderungen zu verzeichnen wie auf der Haut. Sowohl auf der Schleimhaut der Ober- wie

der Unterlippe ist an den, den Schneidezähnen entsprechenden Stellen, je eine ungefähr zweimarkstückgrofse framboesiaartige papilläre Plaque. Auf der Zungenwurzel und am seitlichen Zungenrand sind 2—3 ähnliche Plaques.

Rings um die Analöffnung sind Gruppen von bräunlichgrauen bis zu $^1/_2$ cm hohen mit unebener Oberfläche versehenen, weichen, papillären Wucherungen.

Um den histologischen Bau der Gebilde festzustellen, wurde aus der rechten Supraskapulargegend ein ca. 1 cm² grofses, mit Vegetationen reichlich versehenes Hautstückchen excidiert. Die Heilung der so entstandenen Wunde ging sehr langsam vor sich, sie nahm mehrere Wochen in Anspruch; auf der entstandenen Narbe entwickelten sich aber keine Wucherungen mehr, heute noch, nach ungefähr 1½ Jahren ist die Stelle ganz glatt. Unter dem Mikroskop sehen wir langgestreckte, in jeder Richtung verzweigte Papillen, die infolge ihrer unregelmäfsig verlaufenden Formen, durch das Mikrotommesser in verschiedenen Ebenen getroffen sind. Dadurch bilden natürlicherweise auch die Leisten der Stachelschicht, welche der Oberfläche der Papillen anliegen, ein bizarr geformtes Netz. Der Breitendurchmesser der Stachelschicht ist kaum verändert, sie ist kaum 3—4 Zellreihen dicker, als in der Norm. Auch die die Oberfläche bedeckende Hornschicht hat nur in selbem Mafse zugenommen, aber die Furchen und die Risse, die schon makroskopisch an den Wucherungen wahrnehmbar sind, sind mit Hornmassen ausgefüllt, da die Hornlamellen von diesen Stellen, selbst nach ihrer Ablösung, nur schwer frei werden können. Die Cutis, sowohl ihr kollagenes wir ihr elastisches Gewebe, ist vollständig normal, in allen Papillen ist ein feines Netz der elastischen Fasern verbreitet. Nirgends sind Spuren von Entzündungserscheinungen zu finden. Spezifische Epitheldegenerationen fehlen vollständig.

* * *

Was die Diagnose des Falles betrifft, können wir nicht daran zweifeln, dafs es sich um eine solche Hautanomalie handelt, die in die grofse Gruppe der Naevi gehört, und welche von den bisherigen Beobachtern mit ungefähr zwanzig verschiedenen Synonymen bezeichnet wurde. Es könnten noch die Darierschе Psorospermose oder die Pollitzersche Acanthosis nigricans in Betracht gezogen werden, mit der sie einige Ähnlichkeit hat, jedoch müssen diese Krankheitsformen sowohl wegen des Erscheinens im frühesten Säuglingsalter, wie auch wegen ihres universellen Auftretens und des abweichenden histologischen Bildes ausgeschlossen werden.

Die Naevi lineares, neuropathici, neurotici, systematisierte Naevi etc., wohin auch unser Fall gehört, gehören schon an und für sich nicht zu den häufig vorkommenden Hautanomalien. Galewsky und Schlossmann[3] konnten bis zum Jahre 1897 insgesamt 65 Fälle in der Litteratur ausfindig machen, welche alle, mit Ausnahme von sieben Fällen, nur auf die eine Seite des Körpers lokalisiert waren.

---

[3] Galewsky und Schlossmann, Über Naevus linearis. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1897.

Ein einziger Fall ist mir bekannt, in welchem sich eine der oben eingehendst beschriebenen Hautveränderung ähnliche Affektion in ähnlicher Ausdehnung vorfand. Es ist das der Fall DE AMICIS,[4] den er unter dem Namen Naevus verrucosus pigmentatus universalis beschrieb.

Es war unmöglich in unserem Falle irgend eine Gesetzmäfsigkeit oder System der Anordnung der Hautanomalie festzustellen. Es ist bekannt, dafs man verschiedene Hypothesen aufgestellt hat, um die Entstehung und Ausbreitung gewisser Naevi zu erklären. Während die älteren Beobachter, und zu allererst BAERENSPRUNG, die von ihm Naevus unius lateris benannte Hautveränderung mit dem Verlauf der peripheren Nerven in Zusammenhang brachten, haben in neuerer Zeit PHILIPPSON, und mit einiger Modifikation BLASCHKO, das Auftreten der Naevi den VOIGTschen Grenzlinien entsprechend beobachtet. Die Verteilung der papillären Gebilde war bei unserem Kranken augenscheinlich unregelmäfsig, oder vielleicht uns bis heute unbekannten Gesetzen folgend. Selbst da, wo eine linienförmige Anordnung mehr oder weniger angedeutet war, konnten wir keine anatomische oder embryologische Grundlage zur Erklärung derselben finden, mit Ausnahme der einen Thatsache, dafs die Läsionen in der Mittellinie des Rumpfes, sowohl vorne als hinten, ziemlich scharf abgegrenzt waren. Vor ungefähr drei Jahren hat HEAD[5] in einer, grofses Aufsehen erregenden Monographie durch zweifellose und wissenschaftlich tief begründete Untersuchungen ein System festgestellt, nach welchem die Hautoberfläche den Spinalsegmenten — und nicht den Ausbreitungsgebieten der peripheren Nerven — entsprechend eine bestimmte Segmentation aufweist. In die Einzelheiten dieser hochinteressanten Ergebnisse, die von dermatologischer Seite von BLASCHKO[6] zuerst bestätigt wurden, kann ich mich nicht näher einlassen, ich möchte nur noch bemerken, dafs ich meinen Fall Herrn Dr. HEINRICH BENEDIKT, Assistenten an der I. internen Klinik der Budapester Universität, der sich seit mehreren Jahren mit dieser Frage eingehendst beschäftigt, vorgestellt habe, und ihn um seine Meinung fragte, ob in diesem Falle die HEADsche Segmentation nachweisbar wäre. Jedoch fielen seine in dieser Hinsicht unternommenen Untersuchungen negativ aus.

Schliefslich möchte ich noch jene therapeutischen Mafsregeln kurz erörtern, welche ich in meinem Falle zu Hülfe nahm.

Anfangs bemühte ich mich, mit den keratolytischen Substanzen Besserung zu erreichen. Es ist mir dies auch insofern gelungen, dafs

---

[4] DE AMICIS, Über einen eigentümlichen Fall von Naevus verruc. pigm. uni v *Gion. intern. d. sc. med.* 1897. No. 2. Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. XXVI, No. 12.

[5] HENRY HEAD, Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Berlin 1898. Übersetzt von SEIFERT.

[6] BLASCHKO, Beiträge zur Topographie der äufseren Hautdecke. In Festschrift, gewidmet F. J. PICK. I. Teil. 1898.

nach der Anwendung einer 5%igen Salicylsalbe und mit Hülfe der Unnaschen Resorcin-Schälpaste — welch letztere ausschliefslich am Halse und im Gesicht benutzt wurde — die dickeren Auflagerungen von Hornsubstanz sich schön loslösten, wodurch die lädierten Hautflächen viel heller, wenig pigmentiert und rein erschienen. Diese Therapie konnte jedoch nur zu einer temporären Besserung führen, weil die äufserliche Behandlung auf die papillären Wucherungen selbst gar keinen Einfluſs hatte, und selbst ihre abgeschälte Hornschicht bildete sich in kurzer Zeit von neuem wieder. Da habe ich bei einer gründlichen und auf alle Organe sich erstreckenden Untersuchung des kleinen Patienten die merkwürdige Thatsache entdeckt, daſs seine Gland. thyreoidea auffallend klein, kaum palpabel, nur kümmerlich entwickelt war. Da wir aber zugeben müssen, daſs sogar die absolute Gröſse, umsomehr natürlich die durch Palpation festgestellte Gröſse der Schilddrüse grofsen Schwankungen unterworfen ist, habe ich mit Hülfe des Herrn Dr. D. Kelemen, zur Zeit Sekundärarzt am Adéle Bródy-Spital, alle auf der internen Abteilung des Spitals untergebrachten, sowie eine grofse Zahl der ambulanten Kranken in Bezug auf die Gröſse ihrer Schilddrüse untersucht, und dabei gefunden, daſs kein einziger der untersuchten Kranken, selbst wenn sie viel älter oder jünger waren, eine auch nur annähernd so kleine Schilddrüse besafsen. Die Länge der seitlichen Lappen der Gländ. thyreoidae betrug bei unserem Kranken kaum einen Centimeter, der mittlere Lappen feh. e vollständig.

Auch mittels Röntgenstrahlen versuchte ich die Grenzen der Schilddrüse festzustellen, es ergab sich aber dabei, daſs das Gewebe der Gland. thyreoidea die X-Strahlen ebenso durchläſst, wie der gröſste Teil der Weichteile des Körpers.

Die beim Myxödem gemachten Erfahrungen haben es unzweifelhaft bewiesen, daſs die Schilddrüse eine sehr wichtige Rolle in der Ernährung und Entwickelung der Haut spielt, ja selbst manche Versuche, die man mit der Verabreichung von Schilddrüsen oder deren Präparaten bei verschiedenen Hautkrankheiten machte, scheinen auch für diese Rolle zu sprechen. Nach Bramwell[7] der als erster bei Psoriasis Versuche mit der Schilddrüsentherapie machte, und der durch die guten Resultate ermutigt, die Gland. thyreoidea sogar als ein Mittel „par excellence“ gegen Psoriasis betrachtet, haben besonders Engländer und Amerikaner ihre Versuche, die sie mit Schilddrüsenpräparaten angestellt haben, veröffentlicht, und konnten teils über gute, teils über schlechte Resultate berichten. In Frankreich hat Thibierge[8] die Wirkung der Schilddrüse

[7] Bramwell, The treatement of psoriasis by the thyreoid-extract. *Brit. med. Journ.* 1893.

[8] Thibierge, Le traitement thyreoidéen du psoriasis. *Ann. de derm. et de syph.* 1895.

bei elf Psoriatikern erprobt, aber trotzdem er in acht Fällen Besserung verzeichnen konnte, warnt er vor dem Gebrauch dieses Mittels, wegen der schweren Allgemeinerscheinungen, welche diese Behandlung verursachen kann. Nur in Fällen, wo uns jede andere Behandlungsweise in Stich läfst, wäre, nach THIBIERGE, die Schilddrüsentherapie auch zu erproben.

Erwähnt sei noch, dafs ZUM-BUSCH[9] bei Psoriasis- und Ekzemkranken sehr befriedigende Resultate mit Hülfe der Thyreoideatherapie erzielt hat, während ZARUBIN[10] uns sehr vor deren Anwendung warnt, und zwar erstens, weil er die Wirkung der Schilddrüsenverabreichung auf die Haut bei Psoriasis und Alopecia idiopathica gleich Null fand, zweitens, weil die Gefahr allgemeiner Intoxikationserscheinungen grofs ist. Aufser den genannten Autoren haben noch mehrere, und zwar bei den allerverschiedensten Hautkrankheiten, insbesondere bei Sklerodermie, Ichthyosis, Prurigo der Kinder, ja selbst bei Syphilis manches Mal über sehr zufriedenstellende Resultate, manchmal auch über Mifserfolge berichtet. Jedenfalls war bei meinem Kranken die Indikation eines Versuches schon infolge des Umstandes vorhanden, dafs seine Schilddrüse anormal klein war, vorhanden.

Am 10. Oktober 1899 habe ich den Versuch angefangen, indem ich den Patienten zweimal täglich 0,05 g, entsprechend einer halben MERCK'schen Thyreoidintablette, verabreichen liefs, und stieg innerhalb drei Wochen bis zu 0,20 g, zwei Tabletten pro die. Der Erfolg war schon nach zwei Wochen ein wahrhaft überraschender. An einzelnen Stellen, wo die Veränderungen am geringsten waren, sind die Läsionen vollständig verschwunden, die Haut erhielt ein normales, glattes Aussehen. An anderen Stellen, besonders am Hals und Rumpf, kamen zwischen den dichtgedrängten Wucherungen ziemlich ausgebreitete, ein- bis fünfmarkstückgrofse Flächen vollständig normaler Haut zum Vorschein, sodafs ich begründete Hoffnung zur totalen Heilung hatte. Nach dreiwöchentlicher Behandlung haben mich aber die allgemeinen Intoxikationserscheinungen zur Unterbrechung der Kur gezwungen. Das Kind war appetitlos, magerte ab, hatte Herzklopfen. In der folgenden Woche, während welcher Zeit der kleine Patient überhaupt nicht behandelt wurde, verschlimmerte sich der Zustand der Haut wieder in erheblichem Mafse, was besonders an den schon beinahe glatt gewordenen Augenlidern und Mundwinkeln zu konstatieren war. Nach Ablauf der einwöchentlichen Pause hat sich der Kranke soweit erholt, dafs die Kur von neuem, diesmal mit 0,15 g pro

---

[9] ZUM-BUSCH, Die Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem und verschiedenen Hautkrankheiten. *Derm. Zeitschr.* 1895. II. S. 433.

[10] ZARUBIN, Zur Frage von der Behandlung der Hautkrankheiten mit den Schilddrüsenpräparaten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 36.

die aufgenommen werden konnte. Gleichzeitig wurde ihm auch Parader Arsenwasser verabreicht, dreimal täglich einen Kaffeelöffel voll, was insofern einen sehr günstigen Einfluſs hatte, daſs weder Appetitlosigkeit, noch Abmagerung während der ganzen mehrwöchentlichen Kur auftraten. Dieser günstige Einfluſs des Arsens wurde schon von Anderen beobachtet. Diesmal trat die Besserung schon nach vier Tagen in auffallender Weise ein. In erster Linie wurden die Stellen, welche sich während der Unterbrechung der Thyreoidinverabreichung verschlimmert haben, wieder bedeutend reiner.

Nachdem aber die Besserung einen gewissen Grad erreicht hatte, konnten wir trotz der fortgesetzten Behandlung keinen weiteren Erfolg mehr aufweisen. Ja, es trat sogar nach Wochen, selbst neben der Thyreoidinbehandlung Verschlimmerung ein, sodaſs ich eine zeitlang geneigt war, die anfangs beobachtete Besserung für reinen Zufall zu betrachten, umsomehr da die Mutter des Kindes behauptete, manchmal auch zu Hause eine spontane Besserung der Hautaffektion beobachtet zu haben, die aber nie, nicht einmal annähernd die durch die Behandlung erzielten Resultate erreichte. Ein Jahr hindurch wurde dem Patienten während kürzerer oder längerer Zeitabschnitte wiederholt Thyreoidin verabreicht. Auſser dem Merckschen Präparat wurde auch das von Welcome Borrow & Co. hergestellte englische Präparat versucht, und die Erfolge blieben, bis zu kleinen Stufenunterschieden immer dieselben. Es folgte immer eine Besserung, doch nie wurde die Haut, nicht einmal auf einer umschriebenen Stelle, ständig rein und normal.

Dieses Resultat entspricht den Beobachtungen jener ziemlich zahlreichen Autoren, welche mit Hülfe der Schilddrüsenpräparate bei den verschiedensten Hautaffektionen zeitweilige Besserungen erreichen konnten, ohne jedoch vollständige Heilung herbeiführen zu können (Thibierge, Dobrowsky, Doctor, A. Eddowes etc.).

Budapest, Februar 1901.

Versammlungen.

Transactions Louisiana State Medical Society.

Sektion für Quarantäne.

Variola, von F. J. Mayer. Nebst einigen allgemeinen Bemerkungen giebt M. etliche Daten über Verbreitung der Pocken im Altertum, Mittelalter und Neuzeit. Er weist darauf hin, dafs nach Einführung der Impfung die Sterblichkeit an Pocken in Berlin von 342 per 100000 auf 17,6 zurückging, in London von 9% auf 0,6 per 100000, in New York von 59,57 auf 8,38 u. s. w. Nach Besprechung einiger differential-diagnostischer Momente, Symptome und Verlauf weist er auf einige Mängel in der Ausführung der Impfung hin und bezeichnet als Kennzeichen einer wirksamen Vaccination die Entwickelung von Bläschen im Verein mit einem umgebenden roten Hofe.

Neuere Geschichte betreffs Pocken in New Orleans, von O. Kohnke. In der Zeit vom 2. Februar 1899 bis 24. Juli 1899 wurden in New Orleans 232 Fälle von Variola behandelt; 110 derselben waren nachweislich von aufserhalb eingeschleppt, die anderen 122 in der Stadt selbst entstanden. Die Mortalität betrug nur ein geringes über 2% (fünf Fälle).

Im Herbst desselben Jahres brach eine neue Epidemie aus, und es wurden in der Zeit vom 20. Oktober 1899 bis 12. April 1900 nicht weniger als 924 Erkrankungen verzeichnet, dieses Mal mit einer Mortalität von 32% (252 Tote auf 782 Fälle). Am 13. April 1900 waren noch 142 Pockenkranke in Behandlung. Das städtische Krankenhaus mufste wegen Ausbruchs der Pocken unter den Insassen eine zeitlang geschlossen werden. Von systematischer Durchführung der Schutpockenimpfung ist in der 300000 Einwohner zählenden Stadt keine Rede gewesen.

Erfolgreiche Behandlung der Pocken, von V. Lehmann. Nach seinen Erfahrungen bei 19 Fällen giebt L. folgendes Verfahren als Erfolg versprechend an: Neben milden Antiseptica im Anfang eine Dosis Kalomel mit Natron, event. auch eine Gabe Rizinusöl nach weiteren 4—6 Stunden. Die einzelnen Läsionen werden, ehe sie konfluieren, mit Jodtinktur umpinselt, dann mit Vaselin bedeckt. Als Diät dient ausschliefslich kalte abgekochte Milch. Grofsen Wert schreibt L. nebst Darreichung von Chininsulfat in Gaben von 0,3 folgender Mixtur zu: R. Natriumsulphit., Tinct. ferr. chlorat. ā 28,0, Aq. dest. 1134,0. S. dreimal täglich 1 Efslöffel.

Verbesserte Methode der Impfung; Vaccinois, von V. Lehmann. Bei einigen Tausenden von Impfungen hat L. folgende Technik angewandt: Die Lymphe ist auf mäfsig spitzen Stiften (Vaccinepoints) angetrocknet. Mit der Spitze des Stiftes wird die straff gespannte Haut in der nötigen Ausdehnung von etwa 1/8 Zoll durch Hin- und Herreiben bis zur Entfernung der obersten Epidermisschichte geritzt und alsdann durch ähnliches Reiben die mit Regenwasser erweichte Lymphe eingedrückt. Die Impfstelle wird mit Seidenpapier bedeckt und sonst hygienisch behandelt. Die Methode hat die Vorzüge, dafs sie schmerzlos ist, keine Blutung erzeugt und nur kleine Verletzungen setzt. Unter Vaccinois versteht L. den Zustand einer gewissen modifizierten Empfänglichkeit für Vaccinia, im selben Verhältnis wie Variolois eine Abstufung von Variola darstellt. Dabei entsteht an der Impfstelle blofs eine geringe erhabene Rötung ohne Austritt von Feuchtigkeit und mäfsig langer Dauer.

Dyer verlangt, dafs Impflinge alle zwei Tage dem Arzte vorgeführt werden. Die vollentwickelten Bläschen öffnet er, tupft mit Karbolsäure ab und verbindet aseptisch. Eine Differenzierung zwischen Vaccinia und Vaccinois erkennt er nicht an.

Allain macht auf Mängel in der Lymphe aufmerksam.

Abteilung für Kinderkrankheiten.

Masern und Pocken bei Kindern, von E. M. Dupaquier. D. schildert ausführlich seine Beobachtungen bei 128 Masernkranken und einem Fall von Pocken. Fünf der Masernkinder hatten bereits einmal die Krankheit vorher schon durchgemacht, entgegen der im allgemeinen obwaltenden Meinung. Ebenso bestätigt D. nach seiner eigenen Erfahrung die Beobachtungen von Hervieux-Paris, dafs Impfung einer Gravida den Fötus nicht immun macht. Im übrigen hat der Aufsatz mehr Interesse für den inneren Kliniker.

Oechsner glaubt, dafs bei dem relativ immerhin sehr häufigen Verschontbleiben von Säuglingen bei Epidemien wohl ein gewisser Mangel in der histologischen Entwickelung beteiligt sein kann.

Dyer hat einen jungen Mann behandelt, der angeblich viermal an Masern erkrankte.

Fenner hat selbst zweimal Masern gehabt, ein Mitglied seiner Familie dreimal.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 55. Heft 2. 1901.

I. **Syphilis der Enkelin**, von A. J. Pospelow-Moskau. Die Erscheinungen der Syphilis in zweiter Generation liegen bei weitem nicht so klar zu Tage und sind nicht so charakteristisch, wie diejenigen der ersten Generation. Zumeist handelt es sich um eine allgemeine Atrophie aller Organe und Gewebe, deren eigentliche Ursache der Mehrzahl der Ärzte dunkel bleibt. Sie sterben „an nichts", kennzeichnet die syphilitischen Kinder der zweiten Generation. Während die syphilitischen Früchte der ersten Generation von der Syphilis „gummös durchtränkt" sich erweisen, ist die Durchseuchung mit dem syphilitischen Virus in der zweiten Generation eine scheinbar langsamere, schleichendere, abgeschwächte, wird aber schliefslich für den zarten Organismus doch verhängnisvoll. Aborte und Frühgeburten im zweiten Glied kommen weit seltener vor und bilden kein so pathognomisches Zeichen von vererbter Syphilis, als die oft ununterbrochen aufeinander folgenden Fehlgeburten im ersten Glied. Wo syphilitische Enkel ausgetragen zur Welt kommen, zeigen sie in den ersten 2—4—6 Monaten nicht nur keine charakteristischen oder überhaupt sichtbaren Abweichungen von der Norm, sondern scheinen bisweilen 2—3—5 Jahre noch völlig gesund zu sein, bis sie „ohne Grund" anfangen abzumagern, körperlich und geistig zurückzubleiben, blasser, schwächer, gebrechlicher und gegen die Einflüsse äufserer Schädlichkeiten weit weniger widerstandsfähig zu werden. Interkurrente Krankheiten können das eigentliche Grundleiden, die Syphilis, vollständig verdecken und dem Leben der Patienten oft ein rasches Ende bereiten.

Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 13jährigen Mädchen, der Tochter eines Geistlichen, die schwächlich aussieht, für ihr Alter auffallend klein ist, blasse Haut und Schleimhäute aufweist, über schlechten Appetit klagt, bisher nicht menstruiert hat. Die Auskultation der Lungen ergiebt an verschiedenen Stellen blasige Rasselgeräusche. Die Muskulatur ist schlaff und wenig entwickelt. Die Nasenhöhle ist chronisch entzündet, die Scheidewand perforiert, zum Teil von dicken, rotbraunen Borken bedeckt. Am harten Gaumen bemerkt man ein breites, kraterförmig vertieftes Geschwür mit rötlichen, infiltrierten, erhabenen Rändern. Das Periost am harten Gaumen ist geschwollen, schmerzhaft.

Die Untersuchung des Nasensekretes wie des Geschwürs auf Tuberkelbacillen ergiebt ein negatives Resultat. Die Schneidezähne sind nach Hutchinsonschem Typus verändert.

Der Vater der Patientin, ein kräftiger Mann, giebt an, dafs weder er noch seine Frau, die ihm zwölf voll ausgetragene Kinder geboren habe, niemals an Syphilis erkrankt gewesen seien. Dagegen erinnere er sich gehört zu haben, dafs sein Vater wegen Syphilis mit Jodkalium behandelt worden sei.

Die Untersuchung des Geistlichen ergab nichts, als die charakteristischen Hutchinsonschen Zähne.

Da der Verfasser in der Lage ist, andere Möglichkeiten, wie Infektion durch die Amme auszuschliefsen, so beweist ihm der beschriebene Fall klar:

1. dafs die Syphilis der zweiten Generation möglich ist;

2. dafs, wenn die Syphilis des Grofsvaters unbehandelt bleibt, dieselbe sich auf die Enkel und sogar Urenkel vererben kann;

3. dafs die Syphilis der Enkel sich nicht nur in verschiedenen Dystrophien, sondern auch in gummösen Formen äufsert, ohne dafs solche bei den Eltern der Kranken vorzufinden sind und endlich

4. dafs die Hutchinsonschen Zähne bei der Diagnose der hereditären Syphilis eine grofse Bedeutung haben.

II. **Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten**, von Magnus Möller-Stockholm. Der Verfasser rekapituliert zunächst einige Hauptpunkte aus seinen früheren, dasselbe Thema behandelnden Arbeiten. Bei 3835 Injektionen mit Thymol-Quecksilber-Paraffin (1:10) trat Komplikation seitens der Lungen 43mal ein, d. h. bei jeder 89. Injektion. Ungefähr jeder elfte Patient machte eine Lungenkomplikation durch.

Seitdem Verfasser den oberen Teil der Glutaealgegend für die Injektionen benutzt, die letzteren weniger tief macht und dabei die von Lesser empfohlene Vorsichtsmafsregel beobachtet, nach dem Einstich die Spritze für einige Augenblicke zu entfernen, um zu sehen, ob Blut aus der Kanüle herauskommt, hat er mehrere Tausend intramuskulärer Injektionen gemacht, ohne die bedenklichen Lungenkomplikationen zu erhalten. Seine Erfahrungen resumiert der Verfasser in folgenden Schlufssätzen:

1. Bei Injektionen von unlöslichen Hg-Präparaten entsteht nicht Lungenembolie, wenn man genau darauf Acht giebt, dafs keine Blutung durch die Kanüle nach Vorwölbung des Kanüleninhaltes stattfindet.

2. Wenn dagegen Blutung durch die Kanüle bezw. Vorwölbung des Kanüleninhaltes stattfindet und die Injektion trotzdem zu Ende geführt wird, so tritt oft Embolie ein. (Die Symptome der Embolie sind oft sehr geringfügig, weshalb sie oft übersehen oder zu anderen gelegentlichen Ursachen hingeführt worden sind.)

3. Doch nicht konstant tritt Embolie ein, oft folgt nur eine Steigerung der Temperatur mit oder ohne andere Symptome (Kopfschmerz, Übelkeitsanwandlungen),

welche auf eine schnellere Resorption des Hg deuten. Zuweilen tritt keinerlei Störung im Befinden des Kranken ein.

4. Eine Temperatursteigerung nach Injektion von Hg-Präparaten kann auch ohne Kanülenblutung bezw. Vorwölbung des Kanüleninhaltes eintreten, d. h. ohne daſs die Injektion intravenös erfolgt ist. Dies beruht gewiſs auf einer individuell gröſseren Reaktionsempfindlichkeit gegenüber resorbiertem Hg.

5. Bei Injektionen von kleineren Mengen löslichen Hg-Salzes, bis 1 cg Sublimat intravenös (bei Blutung durch die Kanüle) treten in der Regel weder Temperatursteigerung noch andere Störungen ein.

6. Bei intravenöser Injektion von kleineren Mengen (1 ccm) reinem Paraffinum liquidum entstehen keine klinisch konstatierbaren Lungensymptome. (In Bezug auf pathologisch-anatomische Lungenveränderungen vergl. den ersten Artikel im *Archiv*, Bd. 37, Heft 3.)

7. Bei groſsen Mengen flüssigen Fettes (Olivenöl, Paraffinum liquidum), intravenös eingespritzt, entstehen dagegen lebensgefährliche Embolien in Lungen und Gehirn, wie Fibigers Fall und Experimente an Kaninchen beweisen.

III. **Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere,** von G. Hügel und K. Holzhäuser - Straſsburg. Die Resultate ihrer bisherigen Versuche (vergl. auch Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 30, S. 481) resumieren die Verfasser dahin: „Bis heute sind bei vier Schweinen Versuche angestellt worden, und zwar durch Impfung, resp. durch subcutane Injektion von Blut Sekundärsyphilitischer im floriden Stadium der Syphilis. Eine Behandlung derselben hatte vorher niemals stattgefunden. Bei dreien von diesen Schweinen sind nun im Laufe der Zeit papulöse Efflorescenzen aufgetreten, die als syphilitische Symptome aufzufassen sind, bei einem noch indolente Lymphdrüsen. Diese Efflorescenzen traten in keinem Falle bei den immer unter denselben Bedingungen lebenden Kontrollschweinen auf, auch zeigte die Haut nie ähnliche Erscheinungen."

Die Verfasser sind der Ansicht, „daſs das Syphilisvirus auf das Schwein übertragbar ist, wenn vielleicht auch die gewöhnlich bei der Syphilis auftretenden Erscheinungen weniger stürmisch sich zeigen, also daſs eine gewisse Abschwächung des Virus eintritt, wie es ja auch der Fall ist, daſs öfter das Gift auch bei Menschen weniger starke Erscheinungen hervorruft."

Die Verfasser wollen nun sehen, ob sie mit der erzielten Nachkommenschaft der Versuchstiere einen Beweis mehr für ihre Behauptungen finden, und werden dann weitere Mitteilungen hierüber machen.

IV. **Über blennorrhoische Infektion präputialer Gänge,** von Alfred Lane-Moskau. Verfasser hatte in den letzten Jahren wiederholentlich Gelegenheit, blennorrhoisch infizierte präputiale und paraurethrale Gänge zu beobachten. In drei Fällen wurden die präputialen Gänge excidiert. Die Befunde dieser Untersuchungen werden nach einem Rückblick auf die einschlägige Litteratur im folgenden kurz mitgeteilt.

In dem ersten der beschriebenen Fälle war von Interesse das mehrjährige isolierte Bestehen der Blennorrhoe des präputialen Ganges nach Ausheilen der Urethritis. Das spärliche Sekret zeigte einen groſsen Reichtum an eosinophilen Zellen.

Die von Prof. Nikiforoff ausgeführte mikroskopische Untersuchung des excidierten Ganges ergab, daſs derselbe eine einfache mit mehrschichtigem Pflasterepithel ausgekleidete Einsenkung der Haut darstellte. Das Epithel des Ganges ist hier und da von geringen Eiterkörperchen durchsetzt. In der Umgebung des Ganges findet sich ein mäſsiges, fast ausschlieſslich aus mononukleären, protoplasmareichen rundlichen Zellen bestehendes Infiltrat. Rundzellen mit fragmentierten Kernen kommen nur ganz vereinzelt vor. Gonokokken finden sich in geringer Anzahl teils frei, teils

in Eiterkörperchen eingeschlossen im Lumen des Ganges und aber nur frei zwischen den obersten Epithellagen. Weder in den tieferen Schichten des Epithels, noch im Bindegewebe waren Gonokokken nachzuweisen.

Der Gang wurde mit der ihn bedeckenden Haut durch einen Scherenschlag entfernt; die Wundränder wurden vernäht und heilten per primam ab.

In dem zweiten Falle war klinisch bemerkenswert die isolierte Infektion des präputialen Ganges, bakteriologisch die enorme Menge von Gonokokken im Epithel, während das Bindegewebe nur in der Nachbarschaft des Epithels vereinzelte kleine Gruppen aufwies. Dies spricht zu Gunsten der Ansicht Jadassohns, dafs die Blennorrhoe in allererster Linie eine Oberflächenerkrankung ist und die Vitalität der Gonokokken in der Mehrzahl der Fälle in dem bindegewebigen Nährboden schnell erlischt.

In dem dritten Falle lieferte die histologische Untersuchung den exakten Beweis, dafs ein blennorrhoisch infizierter präputialer Gang auch spontan abheilen kann. Auffallend war das rapide Verschwinden der Gonokokken im Sekret. Ob dies die lokale Applikation von Wärme fertig gebracht hat, will Verfasser nicht entscheiden.

V. **Über Phlebitis nodularis necrotisans**, von L. Philippson-Palermo. Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, der in klinischer Hinsicht der Beschreibung entspricht, welche Darier im Jahre 1896 von seinen Tuberkuliden gegeben hat.

Es handelt sich um ein 18jähriges, grofses, stark entwickeltes Mädchen, die in der Kindheit keine ernsteren Krankheiten durchgemacht, auch nicht an Skrophulose gelitten hat. Der Vater der Patientin starb im Alter von 43 Jahren an einer Pleuritis. Die Mutter lebt und ist gesund, ebenso vier Geschwister. Die gegenwärtige Affektion begann im August 1898 an den Unterschenkeln mit Pusteln, wie die Patientin sagt, die aufgingen, sich zu Geschwüren umwandelten und langsam abheilten. Das Leiden verursachte erst dann Schmerzen, als durch verschiedene Heilmittel die Geschwüre gereizt wurden.

Bei der ersten Untersuchung fand Verfasser an den Unterschenkeln unregelmäfsig verteilte, runde, von einem stark geröteten Hofe umgebene Geschwüre, deren Grund von gelblichen, nekrotischen, festhaftenden Gewebsfetzen bedeckt war. Die Geschwüre schienen über die tiefe Schicht der Cutis nicht hinauszugehen. Die starke, schmerzhafte Entzündung ging unter Borsäureumschlägen zurück. Es bot sich Gelegenheit während der Behandlung den Ausbruch neuer Efflorescenzen zu beobachten. Die erste Veränderung der Läsion war ein entzündlicher Fleck, in welchem man durch Palpation nur eine ödematöse Konsistenz konstatieren konnte. Dieser Entzündungsherd blieb 1—2 Wochen bestehen, innerhalb welcher die Efflorescenz allmählich einen bläulichroten Ton annahm. Hierauf wurde das Centrum nekrotisch. Die Nekrose breitete sich langsam peripher aus und führte schliefslich zur Bildung der oben beschriebenen Geschwüre.

Die Patientin wurde nach erzielter Heilung aus der Behandlung entlassen und liefs sich ein Jahr lang nicht mehr sehen. Eine bestimmte Diagnose der Affektion war nicht gestellt worden. Im April 1900 kam die Kranke mit einem Rezidiv wieder. Aufser den roten Flecken und Geschwüren zeigte sie dieses Mal auch kleine Knötchen, welche sich indessen ebenso wie die Flecken in Geschwüre umwandelten. Erst jetzt kam Verfasser auf den Gedanken, dafs es sich um Dariers Tuberkulide handeln könnte. Die Patientin gestattete, was sie zuerst verweigert hatte, dieses Mal die Excision eines kleinen Knötchens von rötlicher Farbe und intakter Hautoberfläche.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Aus den Befunden ergiebt sich, „dafs man es mit einem entzündlichen

Prozefs zu thun hat, der auf dem Blutwege entstanden ist und die schwersten Störungen an Ästen des Venennetzes hervorgerufen hat, das unterhalb der Cutis im Fettgewebe liegt. In dem Stadium der Venenveränderung, das vorlag, liefs sich nicht mehr erkennen, ob die primäre Veränderung Thrombose war, oder ob vielmehr, wie aus der Gegenwart von spindelförmigen Kernen in der amorphen Masse der Vene gefolgert werden könnte, es primär zu einer Endophlebitis proliferans gekommen war. Nach dem Vorliegenden läfst sich nur sagen, dafs schliefslich sowohl der Inhalt der Venen, wie ihre Wand und das sie umgebende Infiltrat der Nekrose anheimfällt. Dasselbe gilt auch für die Kapillaren, deren Inhalt und deren Umgebung ebenfalls nekrotisiert. Daraus ergiebt sich dann der nekrotische Herd, in dessen Mitte die Gefäfse liegen, und der von einer kleinzelligen Infiltration umgeben ist."

Die Untersuchung auf Mikroorganismen, insbesondere auf Tuberkelbacillen ergab ein vollständig negatives Resultat. So war weder klinisch, noch histologisch eine Beziehung der Hautaffektion zur Tuberkulose nachweisbar. Verfasser hat es deshalb vorgezogen, der Affektion einen den pathologisch-anatomischen Befunden entsprechenden Namen zu geben und sie als „Phlebitis nodularis necrotisans" zu bezeichnen.

VI. **Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands**, von R. Matzenauer-Wien. (Fortsetzung.) Das erste Anzeichen des gangränösen Geschwürs am Genitale läfst sich daran erkennen, dafs an einer Stelle eine flache, weifsliche Auflagerung von Stecknadelkopf- bis Schrotkorngröfse auftritt, die von einer schmalen, lebhaften Entzündungsröte umgeben ist und sich nicht, ohne einen seichten Substanzverlust zu setzen, wegwischen läfst. Geht, wie dies meistens der Fall ist, der Prozefs vom Sulcus coronarius aus, so kommt es rasch zu ausgedehnten Zerstörungen des Gliedes. Verfasser illustriert dies an einem Falle, bei dem die Verwüstungen derart rapide sich abspielten, dafs die Amputatio penis vorgenommen werden mufste.

Eine Eigentümlichkeit der gangränösen Geschwüre ist, dafs sie keine Drüsenschwellung, namentlich keine vereiternden Bubonen verursachen.

Die gangränösen Geschwüre am Genitale brauchen nicht immer sekundär zu bereits bestehenden Ulcera venerea hinzuzutreten; sie können auch selbständig und unabhängig von venerischen Prozessen sich entwickeln, indem irgend eine beliebige Exkoriation oder Erosion bei Ekzem, Intertrigo, Balanitis etc. mit den spezifischen Gangränbacillen infiziert wird.

Vom Hospitalbrand zu unterscheiden sind lediglich vernachlässigte, unsauber gehaltene, mifsfarbig belegte, serpiginöse Ulcera venerea und Sklerosen.

Die frühere Wunddiphtherie oder das diphtherische Geschwür, nicht das durch den Diphtheriebacillus verursachte, ist nichts anderes als der Hospitalbrand in pulpös-ulceröser Form.

Einen Unterschied zu machen zwischen dem pulpös-ulcerösen bezw. diphtherischem und ulcerös-phagedänischem Geschwür ist nach den Beobachtungen des Verfassers nicht angängig. Denn die Gangrän in der einen oder anderen Form hängt hauptsächlich von der Lokalisation ab und beruht auf den anatomischen Verhältnissen des betroffenen Gewebes. (Schlufs folgt.)

VII. **Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis**, von Carl Grouven-Bonn. (Fortsetzung.) Der Verfasser beschäftigt sich im vorliegenden Abschnitte seiner Arbeit mit der Anatomie der Pemphigusblase. Mangels scharf differential-diagnostischer Merkmale, welche die Pemphigusblase von anderen Blasen unterscheiden könnten, hat man versucht, Eigentümlichkeiten im Sitz und in der Entstehungsursache der Pemphigusblase aufzufinden. Aus der einschlägigen

Litteratur ergiebt sich aber, dafs es solche lediglich der Pemphigusblase zukommende Eigentümlichkeiten nicht giebt.

Verfasser glaubt auf Grund der Beobachtungen anderer Autoren und seiner eigenen Untersuchungen als allgemein gültig annehmen zu dürfen: „Die Pemphigusblase kann sowohl zwischen Epidermis und Cutis als intraepithelial lokalisiert sein. Die Cutis weist stets die Anzeichen einer mehr oder weniger erheblichen Entzündung auf, die schon der Blasenbildung voraufgeht und nicht notwendig zur Blasenbildung zu führen braucht. Die Entzündung ist also sicherlich ein ursächliches Moment derselben. Möglicherweise bedingen präexistierende Epithelveränderungen oder Eigentümlichkeiten des Pemphigusexsudates noch unaufgeklärter Art die Häufigkeit der Blasenbildung bei Pemphigus anderen entzündlichen Dermatosen gegenüber.

Die Versuche, anatomisch, chemisch oder bakteriologisch im Inhalte der Pemphigusblasen eine Materia peccans nachzuweisen, müssen ebenfalls zur Zeit noch als völlig ergebnislos angesehen werden.

Der Inhalt besteht aus einer homogenen oder körnigen Masse oder einem feinfaserigen (Fibrin?) Maschenwerk, welches neben spärlichen roten Blutkörperchen eine mehr oder weniger grofse Anzahl von Leukocyten und hydropisch degenerierten Epithelien einschliefst. Der Blasendecke haften des öfteren Reste von abgerissenen Follikeln und Schweifsdrüsenausführungsgängen an. Die Restitutio dieser epithelialen Gebilde bei der Wiederüberhäutung darf wohl als Regel angesehen werden. Die Möglichkeit jedoch, dafs bei Befallensein gröfserer Hautpartien die behinderte Schweifssekretion von Einfluſs auf den Gesamtorganismus sein und event. die Schwere des Krankheitsbildes mitbedingen könnte (Kromayer), ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen."

Eigentümlich ist die Erscheinung, dafs das neugebildete Epithel stellenweise zuweilen in erheblicher Zahl milienähnliche Gebilde einschliefsen kann.

Der Verfasser beschreibt im folgenden einen Fall, bei welchem er diese Gebilde beobachtet hat, und der deshalb auch von Interesse war, weil die Patientin spontan Angaben über die traumatische Entstehung der Blasen machte. Experimentell gelang es auch, auf dem Wege des Traumas Blasen zu erzeugen.

Was die milienartigen Bildungen betrifft, so hält sie Verfasser nicht für Retentionscysten der Schweifsdrüsenausführungsgänge, sondern für oberflächlich gelegene, central verhornte Epithelkugeln mit dünner bindegewebiger Hülle.

Bei Besprechung der Pathogenese des Pemphigus hält Verfasser weder den infektiösen noch den neurotischen Ursprung für hinreichend bewiesen.

Im folgenden werden drei Fälle von Pemphigus foliaceus ausführlich beschrieben, und sodann die Resultate der histologischen Untersuchung eines excidierten Hautstückchens mitgeteilt. (Schluſs folgt.) *C. Berliner-Aachen.*

Lepra.

Band I, Heft 4.

I. **Ein Fall von Lepra tuberosa; Behandlung mit Chaulmoograaöl; sehr rasche Besserung,** von A. Brousse und Vires - Montpellier. Inhalt der Arbeit aus dem Titel ersichtlich.

II. **Über das Problem der Heilbarkeit der Lepra,** von Ehlers-Kopenhagen.

III. **Über die Anwendung des Guberwassers in der Behandlung der Lepra,** von Leopold Glück-Sarajevo. Ehlers betont, dafs die Lepra wie die Tuberkulose keine absolut unheilbare Krankheit ist. Die Prognose der L. maculo-anaesthetica ist durchaus keine ungünstige; die meisten an dieser Form leidenden Patienten

werden mit der Zeit rein anaesthetisch, haben keine Lepra mehr, sondern leiden nur noch an den Folgeständen. Auch bei der L. tuberosa sind Heilungen, sogar Spontanheilungen beobachtet. Die Therapie kann also nicht unter allen Umständen aussichtslos sein. Einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Lepra scheint die Anwendung des eisen-arsenhaltigen Wassers der Guberquelle in Srebrenitza (Bosnien) zu bedeuten. Glück hat diese Behandlung in den Krankenhäusern von Sarajevo und Srebrenitza eingeführt und berichtet über gute Erfolge, die zu bestätigen Ehlers an Ort und Stelle Gelegenheit hatte. Im ganzen wurden 26 Lepröse mit Guberwasser behandelt; von diesen litten 13 an tuberöser Lepra, 4 an gemischter und 9 an rein nervöser Lepra. Die Behandlung war bei 14 Kranken eine ausschliefslich interne, bei zwölf Kranken eine gemischte innerliche und äufserliche. Innerlich wurde das Wasser in allmählicher Steigerung von wenigen Efslöffeln bis zu 1 bis 1½ Litern pro die gegeben. Die äufserliche Behandlung bestand in einstündigen Bädern von 40—42° C., halb Guberwasser, halb gewöhnliches Wasser; anschliefsend daran eine einstündige Einwickelung in wollene Decken. Die gemischte Behandlung wirkte wesentlich energischer als die innere allein. Ohne dafs der fortgesetzte Gebrauch der Medikation den Appetit, die Verdauung beeinträchtigte, konnte regelmäfsig beobachtet werden, dafs der Prozefs zum Stillstand kam, Geschwüre vernarbten, Knoten verschwanden; neue Eruptionen traten während der Dauer der Behandlung nicht auf, die allgemeine Anämie besserte sich, das Gewicht hob sich in einer Reihe von Fällen, die Kranken wurden körperlich und geistig lebhafter und beweglicher. Auffallend war, dafs die Kranken die Schwitzbäder so gut vertrugen, da nach den sonstigen Erfahrungen Schwitzbäder mit gewöhnlichem Wasser entschieden ungünstig wirkten. Ein erstes Zeichen günstigen Einflusses war immer die Wiederkehr der Schweifssekretion und die Abnahme ödematöser Schwellungen. Ein Teil der Patienten konnte nach mehrmonatlicher Behandlung bedeutend gebessert entlassen werden. Ohne behaupten zu wollen, die Lepra mit Guberwasser heilen zu können, versprechen die Verfasser nach den bisherigen Erfahrungen sich die besten Erfolge von einer ausgedehnten systematischen Anwendung des Guberwassers.

IV. **Die Prophylaxe und Kontrolle der Lepra in den Vereinigten Staaten von Nordamerika**, von A. Morrow-New York. In den Vereinigten Staaten gewinnt nach des Verfassers Ansicht die Lepra mehr und mehr an Boden. Die Zahl der Erkrankungen im Staate Louisiana wächst in beunruhigendem Mafse, dort und in anderen Staaten tritt die Krankheit unter der eingeborenen Bevölkerung entschieden stärker auf als früher. Eine immer neue Gefahr erwächst dem Lande aus den politischen und den Handelsbeziehungen mit seinen leprös infizierten Kolonien (Cuba, Portorico, Philippinen). Die Mafsnahmen seien bisher durchaus unzulängliche gewesen. Sie dürfen nicht den einzelnen Staaten überlassen bleiben, sondern müssen von der Nationalregierung verfügt werden. Es müfsten, soweit es möglich ist, Lepröse von der Einwanderung ausgeschlossen werden; alle Einwanderer aus leprösen Gebieten müfsten, auch wenn sie keine Zeichen der Erkrankung aufweisen, registriert werden und mehrere Jahre unter Überwachung bleiben. Alle aus Lepragegenden heimkehrenden Soldaten und Civilpersonen müfsten genau untersucht werden. Die Quarantäneinspektion müfste in den Händen sachverständiger Ärzte sein. Die Versorgung der Leprösen mufs in einer Weise geregelt werden, dafs sowohl das Interesse der Gesamtheit wie das der Kranken gewahrt bleibt. An die Stelle der vielfach üblichen Gleichgültigkeit oder gar mittelalterlichen Grausamkeit mufs ein verständiges, umfassendes und energisches System der Absonderung treten. Die Kranken sollen nicht ins Lazareth wie in ein Gefängnis gesperrt werden, ihr Asyl soll vielmehr ein Sanatorium sein, in dem ihnen eine menschenwürdige Pflege und ärztliche

Behandlung sicher ist und in dem sie, wenn es möglich ist, auch Aussicht auf Heilung haben.

V. **Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica**, von Oskar Woff-St. Petersburg. In dem zweiten pathologisch-anatomischen Teil der Arbeit (cf. Ref. Bd. XXX, S. 483) berichtet der Autor über die Befunde am Rückenmark und an den peripheren Nerven und in fünf Fällen maculo-anästhetischer Lepra, und an Hautflecken von sechs Fällen der gleichen Krankheitsform. Am Rückenmark wurde in drei Fällen ein leichter Grad von Degeneration der Hinterstränge gefunden. Im oberen Halsmark betraf die Degeneration die Burdachschen und Gollschen Stränge, im unteren Hals- und im Brustmark nur die Gollschen Stränge; im Falle I war auch an diesen vom unteren Halsmark an peripherwärts nichts mehr zu konstatieren. Das Lendenmark war frei von jeder Strangdegeneration. In den Fällen II und III war ein geringfügiger Faserausfall im Eintrittsgebiete der hinteren Wurzeln zu bemerken. Entzündliche Prozesse waren nirgends vorhanden. Die Lichtung in den Hintersträngen beruhte hauptsächlich auf einem Schwund der Marksubstanz; ein Schwund der Axencylinder war nur in den Fällen II und III etwas mehr ausgesprochen. In der grauen Substanz waren weder degenerative Veränderungen noch Höhlen- oder Spaltbildungen zu finden. Die Ganglienzellen waren kaum an Zahl vermindert, einige wiesen Veränderungen auf. Sie waren vergrößert und abgerundet; ihr Kern lag excentrisch, oft ganz in der Peripherie. Bei anderen war der Kern verschwunden, und statt seiner sah man, das Kernkörperchen umgebend, eine Ansammlung chromatischer Substanz in Form einer dunkel tingierten, gleichmäßig beschaffenen Masse. An den Blutgefäßen fanden sich Zeichen leichter Sklerose. In einem Falle wurden kleine Exsudate, in zwei Fällen leichte Hämorrhagien angetroffen. Corpora amylacea waren ein häufiger Befund. Bacillen konnten in keinem einzigen Schnitt entdeckt werden. Alles in allem: die degenerativen Veränderungen in den Hintersträngen und an den Ganglienzellen waren nur geringfügiger Natur. Nichts ist besonders charakterisch oder typisch für Lepra, ähnliche Veränderungen trifft man auch bei anderen Krankheiten, insbesondere solchen, die zu Kachexie führen. Die degenerative Atrophie der Hinterstränge ist als sekundärer Vorgang aufzufassen; sie ist nicht von einer lokalen bacillären Einwirkung abhängig, auch nicht ausschließlich durch die periphere Neuritis zu erklären (obwohl Verfasser letzterer eine gewisse Bedeutung einräumt), sondern ist einfach auf das Alter und den kachektischen Zustand der Patienten zurückzuführen. Die Untersuchung der peripheren Nerven ergab: 1. daß die Hautzweige stark erkrankt sind, während die Muskelzweige relativ gesund sind, und ferner, daß die Hautnerven zuerst erkranken, während die Muskelzweige später oder gar nicht affiziert werden; 2. daß es eine aufsteigende Degeneration der sensiblen Nervenzweige giebt; daß das erste Auftreten der Erkrankung in den peripheren Abschnitten der Nerven oder ganz an ihrem peripheren Ende zu suchen ist; 4. daß der Degenerationsprozeß im allgemeinen ein ascendierender ist und 5. ein centraler Ursprung für die periphere Neuritis leprosa ausgeschlossen werden kann. Verfasser stellte 6. fest, daß der akute lepröse Prozeß in einem Nerven auch seinen physiologischen Abschluß finden kann (Umwandlung in sklerotisches Bindegewebe, Ausheilung im Sinne von Hansen und Looft), während proximalwärts die Degeneration fortschreitet. — Die Ergebnisse fügen sich in den Rahmen der Dejerine-Gerlachschen Theorie ein (cf. Leprakonferenz. Berlin 1897. Bd. II, S. 85). Die eigentlichen Nervenendigungen hat Verfasser nicht untersucht, er acceptiert aber die Resultate Gerlachs. Bacillen fand Verfasser in geringer Zahl in den Nerven von Fall IV. Die Untersuchung der Hautflecken auf Bacillen bestätigte die schon von anderen Seiten gemachte Erfahrung, daß in Fällen reiner Lepra

maculo-anaesthetica Bacillen überhaupt nicht oder nur in sehr geringer Zahl gefunden werden. Verfasser weist darauf hin, dafs häufig die flachen Hautinfiltrate der Lepra tuberosa für Maculae gehalten werden; in ihnen finden sich stets Bacillen in grofser Anzahl. Die vielfach beobachtete symmetrische Anordnung der Flecken ist wohl nicht mit dem Nervensystem in Zusammenhang zu bringen, sondern nach Thoma durch die Verteilung des leprösen Infektionsstoffes auf dem Wege der Blutbahn zu erklären. Das Endergebnis der schönen Untersuchungen Woltz ist, dafs die Symptome der maculo-anästhetischen Lepra erklärt werden können durch die aufsteigende Degeneration der sensiblen Nervenzweige und dafs eine centrale Erkrankung, spezifisch lepröse Veränderungen im Rückenmark, nicht konstatiert werden konnten.

VI. In einer **Korrespondenz** berichtet L. Glück-Sarajevo im Anschlufs an den Aufsatz von Ehlers über „Die Behandlung der Lepra mit Quecksilber" (*Lepra*, Heft 1/2; cf. Ref. Bd. XXX, S. 482) über acht Fälle tuberöser Lepra, die er mit intramuskulären Sublimatinjektionen behandelt hat. Er hatte in allen Fällen entschiedene Mifserfolge zu verzeichnen.

VII. **Die Lepra in Dalmatien**, von Ehlers-Kopenhagen. Kurze Notiz, welche feststellt, dafs in Dalmatien bisher sieben Fälle von Lepra beobachtet worden sind.

VIII. **Eine weifse Frau, die in San Francisco an Lepra erkrankt ist**, von Douglas W. Montgomery. Im Staate Kalifornien gehören Erkrankungen an Lepra bei der weifsen Bevölkerung zu den gröfsten Seltenheiten. Dem Verfasser sind während 14 Jahren zwei solcher Fälle bekannt geworden. Der erste betraf einen geborenen Amerikaner, der jetzige eine Irländerin, die seit 30 Jahren in San Francisco lebte. Die Ansteckung konnte in diesem Falle auf einen Mann zurückgeführt werden, der vor Jahren bei der Frau zur Miete wohnte und notorisch an tuberöser Lepra litt.

A. Loewald-Cassel.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1901. Bd. I, Heft 1.

Behandlung des Lupus vulgaris mit Kalium permanganicum, von L. Butte-Paris. Auf Grund günstiger Resultate bei 16 Fällen empfiehlt B. folgendes Verfahren bei Lupus tuberculosus: Nach sorgfältiger Reinigung des erkrankten Gebietes mit Ichthyolseife oder mit einer antiseptischen Emulsion (R. Sublimat 0,3, Tinct. bens. 5,0, Spirit. saponat. 50,0, Aq. dest. 200,0) wird dasselbe mit einer in lauwarme (2%ige) Lösung von Kalium permanganicum getauchten Kompresse bedeckt, die 12—15 Min. liegen bleibt. Während der ersten zehn Tage wird die Prozedur täglich wiederholt, später nur einen Tag um den anderen, allenfalls auch nur mit einer 1%igen Lösung. Schmerzstillende Mittel sind nur selten nötig. Die meisten Fälle heilten in zwei bis drei Monaten, blofs bei einem einzigen mufste das Verfahren ein ganzes Jahr fortgesetzt werden.

Bd. I, Heft 2 (enthält nur Referate).

Bd. I, Heft 3.

Behandlung des Hautepithelioms, von L. Butte-Paris. Vollständige Heilung ist auf folgende Weise zu erzielen:

1. Entfernung der seborrhoischen Massen mit der Kürette.
2. Waschen mit einer antiseptischen Mischung wie oben mit Zusatz von Hydrarg. bijodid. 0,04.
3. Drei bis vier Tage lang jeden Morgen ein feuchter antiseptischer Verband.
4. Nach Ablauf dieser Zeit Betupfen der Geschwulst mit einem spitzen Thermokanter nach Anästhesierung mit Äthylchlorid.

5. Einige Tage lang feuchte Umschläge.
6. ℞ *Creosot.* 20,0
Teer 5,0
Arsenige Säure 0,3
Salzsaures Cocain 0,4.
S. Alle zwei Tage aufzupinseln.
7. In der Zwischenzeit feuchte Umschläge.
Heilung erfolgt in ein bis drei Monaten ohne besondere Schmerzen.

Bd. I, Heft 4.

Einfluſs der internationalen Ausstellungen auf den Gesundheitszustand der Prostituierten in Paris, von L. Butte-Paris. An der Hand von genauen und mit sachverständigem Urteil aufgestellten Statistiken weist B. nach, daſs die Ausstellungsjahre 1867, 1878 und 1889 eine ganz erhebliche Vermehrung der Syphilis bei den Prostituierten im Gefolge hatten. Dies war besonders bei den nicht kasernierten und unkontrollierten Dirnen zu konstatieren, während die in Bordellen internierten und die freiwohnenden aber kontrollierten Personen eine geringere wenn auch immerhin erkennbare Steigerung der Syphilisfälle aufwiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

La cura pratica delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle, von V. d'Amato. (Rom 1901.) Eine sehr kurzgefaſste Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten. Bringt nichts neues. *C. Müller-Genf.*

Précis élémentaire des maladies vénériennes, von Audry. (Baillière et Fils, Paris 1901.) Das kleine Lehrbuch (340 Seiten in 16°) ist für Studenten geschrieben, welche sich bereits in der allgemeinen und speziellen Pathologie einige Kenntnisse erworben. In diesem Sinne darf das Bändchen bestens empfohlen werden, da es Kürze mit Übersichtlichkeit verbindet. *C. Müller-Genf.*

Igiene della pelle, von Bellini. (U. Hoepli, Mailand 1900.) Das Bändchen gehört zur Hoeplischen Sammlung, die bereits eine sehr groſse Zahl derartiger kurzgefaſster Handbücher aufweist. Im allgemeinen Teile werden die Anatomie, Physiologie der Haut und die Ätiologie der Hautkrankheiten, im speziellen Teile die Hygiene der Haut mit Berücksichtigung der äuſseren Schädlichkeiten und der Störungen der verschiedenen Organe behandelt. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Der parasitäre Ursprung des Ekzems, von L. Brocq-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 65.) Brocq beschränkt sich bei seinem dem letzten Dermatologenkongreſs in Paris vorgelegten Bericht über den parasitären Ursprung des Ekzems auf das Eczema papulo-vesiculosum, während Unna das Ekzem in allen seinen Varietäten in Betracht zieht. Im Gegensatz zu letzterem Autor sprechen sich der Verfasser, Galloway, Jadassohn u. a. gegen die parasitäre Natur des Ekzems aus. (Unnas Theorien sind durch seine Veröffentlichungen in den Monatsheften genügend bekannt.) Die obengenannten Autoren, sowie Kreibich, Roth, Török, Frédéric und Sabouraud behaupten, dass die elementaren Ekzembläschen amikrobiell sind; erstere auch, daſs sie niemals durch Einimpfung des direkten Ekzemmaterials oder der Kulturen beim Menschen hätten Ekzem, wirkliches Ekzem hervorrufen können. Kaposi behauptet mittelst genügend langer mechanischer oder chemischer Einwirkung auf der Haut jedes Menschen Ekzem hervorrufen zu können. Gegen diese Auffassung wendet sich Audry, der diese Ekzeme Kaposis nur Dermatitis artificialis nennt. Neisser und Brocq erklären, daſs das primitive Ekzembläschen amikrobiell sei, daſs im weiteren Verlauf die Läsion mikrobiell wird und daſs die Art des Einflusses dieser sekundär auftretenden Keime auf die weitere Entwickelung der Ekzemformen den Gegenstand fernerer Untersuchungen bilden müsse. Leredde teilt Unnas Standpunkt und will die Bezeichnung Ekzem nicht den amikrobiellen Primitivläsionen zuerkennen.

Hopf-Dresden.

Die Ätiologie des Ekzems, besonders bezüglich der neueren Ansichten über seinen parasitären Ursprung, von Duncan Bulkley. (*New York med. Journ.* 17. u. 24. Nov. 1900.) Der bekannte New Yorker Dermatologe faſst in dieser Arbeit die gesamte Ätiologie des Ekzems zusammen; das sorgfältige Studium dieses Themas brachte ihn zur Überzeugung, daſs das Eczema auf allgemeiner oder konstitutioneller Basis beruht, jedoch lokale Agentien eine mehr oder weniger aktive Rolle als direkte Erreger der Eruption spielen. Diese zwei Hauptgruppen, die prädisponierenden und die direkt veranlassenden Ursachen werden der Reihe nach beschrieben, in verschiedene Unterabteilungen getrennt und zeigen, wie vielfach das ätiologische Bild des Eczema ist. Die prädisponierenden werden eingeteilt in A. die ererbten (gewisse Schwäche des Gewebes, Struma, Gicht, Rheumatismus u. s. w.), B. die erworbenen, welche wieder in vier Untergruppen zerfallen: a) die Störungen in der Assimilation (Dyspepsie, Anämie, Chlorose), b) die Störungen der Elimination (Darm-, Lungen-, Nierenaffektionen), c) nervöse (Neurasthenie und ausgesprochene Neurosen) und d) Gefäſserkrankungen (Herzaffektionen). Die Gruppe C umfaſst die accidentellen Bedingungen, wie fehlerhafte Ernährung, und Beschäftigung (sitzende Lebensweise, zu langes Stehen), anderweitige Erkrankungen (Exantheme, Malaria, Unglückafälle, chirurgische Operationen). Die direkt erregenden Ursachen des Eksems werden eingeteilt in interne und externe, erstere wieder in mangelhafte 1. Ernährung, 2. Hygiene, 3. Assimilation und 4. Sekretion, nervöse Einflüsse (Erschöpfung, Überanstrengung, reflektorisch von Magen-, Darm-, Geschlechts-, Augen-, Zahnkrankheiten aus). Die

äufseren erregenden Ursachen sind atmosphärischer (Hitze, Kälte, Saisonwechsel etc.), mechanischer, chemischer und schliefslich parasitärer Natur (Eccema marginatum, ferner als Folge von Scabies und Phthiriasis). Bezüglich der letzteren hält es B. nun für entschieden, dafs nicht, wie Unna glaubte, das Eccema einheitlichen parasitären Ursprungs (Morococcus) sei, sondern eine ganze Anzahl ätiologischer Momente, wie angeführt, in Betracht kommen, in dem späteren Stadium des Ekzems aber Staphylokokken und Streptokokken eine wichtige Rolle bei der Entwickelung der Eruptionen spielen. In einer Tabelle sind die einzelnen, je kurz beschriebenen Ursachen des Ekzems übersichtlich zusammengestellt. *Stern-München.*

Ekzem und die verwandten Erkrankungen, ein Grundrifs ihrer Ätiologie, Pathologie und Therapie, von W. F. Freeman-Reading. (*Lancet.* 1900. No. 4015.) Verfasser definiert Ekzem als eine seröse Hautentzündung, welche nicht durch externe Reize hervorgerufen ist. Erkältung, Gicht, nervöse Einflüsse, Diabetes können allenfalls prädisponierend wirken, aber jedenfalls ist das Ekzem ebenso gut eine Erkrankung sui generis wie Pneumonie oder Ileotyphus, mag der Morococcus Unna oder ein anderer Mikroorganismus der Affektion zu grunde liegen. Ob, wie L. Rosenthal meint, der Vorgang des Ekzems an ganz bestimmte Zellen gebunden sei, läfst F. unentschieden, ebenso die Frage von der Unterscheidung von Dermatitis und Ekzem. Als verwandte Erkrankungen bespricht F. differentialdiagnostisch seborrhoische Dermatitis, Dermatitis herpetiformis und viele andere Affektionen, wobei er mehrere interessante klinische Beobachtungen anführt. In therapeutischer Beziehung erklärt Verfasser sich als Anhänger der Bäderbehandlung, wenn auch nicht als schematische Methode; im übrigen giebt er ein Resumé der sonst üblichen Mittel und betont den Wert einer genauen Diagnose, denn der Neger hat Recht, wenn er sagt, „man mufs mächtig oft zuhauen, wenn man einen Nagel im Dunkeln einschlagen will.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Was ist Ekzem? von Kaposi. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 1.) Keine Definition vermag einen in jedem Momente sich ändernden Lebensprozefs, wie es das Ekzem ist, zu decken. Die wesentlichste Grundlage ist die Entzündung der obersten Cutisschicht, demnach trifft die „Dermatitis superficialis" auf das Ekzem nicht zu. Der Ausdruck „Epidermoidalkatarrh (Epidermitis catarrhalis) ist unrichtig, da die Epidermis sich nicht entzünden kann. Jedenfalls ist das erste wesentliche Moment die „Entzündung". — Das zweite Moment ist, dafs wir jederzeit bei jedem Individuum, an jeder Hautstelle ein Ekzem künstlich erzeugen können. — Als drittes Moment ist das Jucken und das dadurch bedingte Kratzen anzusehen. — Viertes Moment ist der cyklische Verlauf des Ekzems, die regelmäfsige Entwickelungsakme und Involutionsperiode. — Alle diese Momente können das Verständnis für den Begriff des Ekzems erzeugen. Dazu gehört die Beobachtung am Krankenbett. — An einem Arnicaekzem sucht Verfasser das Wesentliche des Ekzems zu erläutern und die mikrobiäre Entstehung des akuten Ekzems zu widerlegen. Durch Mikrobieninfektion hinzutretende Eiterungen sind Komplikationen, die nicht zum Wesen des Ekzems gehören. Das akute Ekzem kann in ein chronisches übergehen. Letzteres kann auftreten als chronisches Ekzem sensu striotiori und als chronisch-recidivierendes Ekzem. Besonders beachtenswert ist das reflektorische Ekzem, das entfernt von dem Orte, an dem auf irgend eine artificielle Weise ein Ekzem entstanden ist, sich etabliert. Verfasser spricht dabei von allotopischen und heterotopischen Ekzemen. Sitz reflektorischer Ekzeme ist mit Vorliebe das Gesicht. Erklärt werden dieselben durch reflektorische Erregung der Vasomotoren. Ein bisher gesunder Mensch wird „ekzematös" erstens durch Reflex, durch Kratzen

und Steigerung der Reizbarkeit von Hautnerven und Gefäßen. Die Schwächung der Gesamtkonstitution durch verminderten Schlaf etc. bewirkt ihrerseits wieder eine erhöhte Neigung zu Ekzemausbrüchen. Diese erhöhte Neigung kann auch a priori infolge innerer Anomalien bestehen. — Alle mit Seborrhoea sicca behafteten Hautorgane sind zu Ekzem disponiert, wie alle Ichthyotiker etc. — Der Schluss des Verfassers geht dahin, daß am Krankenbette alle darin einig sind, was ein Ekzem ist: die Differenzen sind nur Folgen theoretischer Spekulationen und einseitiger Hervorhebung einzelner Punkte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein chronisches Ekzem durch einen Abscefs geheilt, von P. A. Longhurst. (*Brit. med. Journ.* 26. Mai 1900.) Ein 31jähriger Mann litt seit acht Jahren an einem juckenden Ekzem der Kniekehle, gegen das vergeblich die verschiedensten Mittel und diätetischen Vorschriften mit peinlichster Sorgfalt gebraucht hat. Infolge von Kratzen bekam er einen akuten Abscefs, der geöffnet wurde und in einer Woche abgeheilt war. Einen Monat später war auch das Ekzem vollständig verschwunden.
C. Berliner-Aachen.

Über die Behandlung von ekzematösen, gichtischen, rheumatischen und anderen Leiden mittelst heifser Luft, von D. Walsh-London. (*Lancet.* 18. Aug. 1900.) Bei dieser, in England meist als Tallermansche Behandlung bekannten Methode findet eine Steigerung der Körpertemperatur um 0,4—0,6° C. statt, eine Vermehrung der Pulsfrequenz und eine Steigerung der Harnsäureausscheidung. Verfasser schildert einen Fall von schwerem blennorrhoischen Rheumatismus, welcher mit vorzüglichem Erfolge auf diese Weise behandelt wurde, ferner zwei Fälle von äufserst refraktärem Ekzem der Hände, bei denen ebenfalls völlige Heilung eintrat. Er empfiehlt das Verfahren aufs Wärmste. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Heilung von Ekzemen im roten Sonnenlichte, von W. Winternitz. (*Internat. phot. Monatsschr.* 1900. No. 8.) Die Mitteilung des Verfassers ist eine vorläufige. Er beobachtete in einer Reihe von Fällen von Eccema rubrum, madidans sofort beginnende schnelle Heilung durch mehrstündige Einwirkung des Sonnenlichts auf die mit einem tiefroten Seidentuche bedeckte Ekzemfläche. Weitere ausführliche Berichte werden von Winternitz in Aussicht gestellt. *Hopf-Dresden.*

Über die Behandlung des Ekzems und einiger anderer Hautkrankheiten mit Naftalan, von Kölbl. (*Wiener med. Presse.* 1899. No. 37—38.) Das Naftalan wurde vom Verfasser bei 76 Ekzemerkrankungen und zwar 10 akute, 13 Gewerbeekzeme, 14 chronische, 16 intertriginöse und 23 Ekzeme der Brustwarzen mit Schrunden, mit gutem Erfolge angewendet. Reizungserscheinungen traten nie auf, nur hier und da Follikelentzündungen. Die sogenannten Gewerbeekzeme an den Händen und Vorderarmen werden vom Naftalan in besonders günstiger Weise beeinflufst, sie sind eigentlich das dankbarste Gebiet für die Naftalanbehandlung. Bei chronischen Ekzemen genügt ein geringer Zusatz von Theer die Tiefenwirkung zu erhöhen. Seiner Reizlosigkeit halber kann es selbst bei Kindern im Alter von 2 bis 3 Tagen verwendet werden. Aufserdem wurde das Naftalan bei 30 Fällen von Prurigo, Psoriasis, Scabies und Verbrennungen 1.—2. Grades und Insektenstichen mit mehr oder minder gutem Erfolge angewendet. *A. Alpár-Alexandria.*

Beobachtungen über die Wirkung der Naftalanbehandlung bei ekzematösen Erkrankungen des äufseren Ohres, von H. Sagebiel-Göttingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Der Verfasser erzielte mit der Naftalanbehandlung

bei akuten und chronischen Ekzemen des äufseren Ohres im grofsen und ganzen sehr befriedigende Resultate. Jedoch traten in seltenen Fällen Ringerscheinungen auf, welche die weitere Applikation des Mittels verboten. Die Anwendungsweise ist eine sehr einfache: auf die erkrankten Partien wird ohne vorhergehende Reinigung derselben einmal täglich Naftalan aufgetragen und dann ein einfacher Okklusivverband (ohne Guttapercha) angelegt. *Götz-München.*

Ein Fall von Dermatitis repens, von Stopford Taylor. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1900.) Befallen waren Handrücken und Finger. Unter der Behandlung mit Jodoform, kräftig in die Haut eingerieben, kam die Affektion endlich zum Stillstand und zur Heilung. *C. Berliner-Aachen.*

Drei Fälle von Dermatitis exfoliativa universalis nebst histologischen und bakteriologischen Untersuchungen, von Petrini de Galatz-Bukarest. (*Arch. des Scienc. méd.* 1899. No. 3 u. 4.) Verfasser giebt eine ausführliche Schilderung von folgenden drei Fällen: I. Frau, 60 Jahre alt, vier Wochen vor der Aufnahme erkrankt mit Frieren, Jucken und Brennen am ganzen Körper; am vierten Krankheitstage stellte sich auf der Brust eine starke, rote Verfärbung ein, welche unter Schuppenbildung sich allmählich über den ganzen Körper ausdehnte. Fieber. Der Tod erfolgte 18 Tage nach der Aufnahme unter Entwickelung von Gangrän an der linken unteren Extremität. II. Mann, 50 Jahre, wurde zuerst mit der Diagnose Eccema rubrum universale aufgenommen. Die ganze Hautoberfläche wurde rot und schuppend. Tod erfolgte ca. 1 Jahr nach der Aufnahme. Aus der eingehend ausgeführten Autopsie dieser beiden Fälle war ein bestimmter Aufschlufs über das Wesen der Krankheit nicht zu gewinnen, namentlich fielen alle bakteriologischen Untersuchungen negativ aus. Eine gewisse Bedeutung schreibt Verfasser jedoch bestimmten hyalinen, amyloiden Körperchen zu, welche er in beiden Fällen im Rückenmark und den Spinalganglien angetroffen hat, und er glaubt, dafs weitere Untersuchungen nach dieser Richtung hin fruchtbringend sein würden.

Der dritte Fall, ein 21jähriges Mädchen betreffend, endete mit vollständiger Genesung in ca. 5 Wochen. — Zwei Tafeln in Farbendruck erläutern die mikroskopischen Verhältnisse des Rückenmarks und der Ganglien.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Glossitis exfoliativa marginata, von Bouveyron. (*Lyon. méd.* 1901. No. 3.) Ein 39jähriger, schwächlicher, kachektischer, seit mehreren Jahren an Dyspepsie mit Obstipation und Lebervergröfserung leidender Bureauangestellter hatte im Verlaufe von drei oder vier Jahren wiederholt kongestive Anfälle von Lungentuberkulose durchgemacht, welche mit Hinterlassung von Emphysem geheilt waren. Der Mann war weder Raucher noch Syphilitiker. Die Glossitis zeigte ihr erstes Auftreten vor drei Jahren, coincidierte mit einem intensiven fieberhaften kongestiven Schube in den Lungen und begann mit weifslichen Verdickungen des Epithels an verschiedenen Punkten der Zunge. Im Centrum dieser Herde bestand Desquamation, sodafs eine rote Fläche entstand. Diese centrale Fläche breitete sich in excentrischer Richtung aus, vor sich einen weifslichen Ring oder Kreisbogen hinschiebend. Durch Zusammenstofsen dieser Ringe und Kreisbogen entstanden polycyklische Figuren. Im Verlaufe der letzten drei Jahre wurdem beim Patienten etwa 20 neue Schübe von Lungentuberkulose, 3 Zahnabscesse) ein Abscefs des Analrandes mit nachfolgender Fistel, zwei mal Zeichen von Darmobstruktion infolge von Ansammlung von Fäkalmassen im Colon konstatiert. Jedesmal entstand eine Verschlimmerung der Zungenaffektion, deren Intensität proportional derjenigen der genannten Affektionen war. Verfasser

erklärt, dafs es sich in seinem Falle sicher weder um Psoriasis linguae noch um Syphilide handelte. *C. Müller-Genf.*

Über eine im Verlaufe gewisser Dermopathien beobachtete Hauteruption von miliumartigem Aussehen, von CIARROCCHI. (*Aus den Verhandl. d. ital. Gesellsch. f. Dermat. u. Syph.* 1899. Bd. 3.) Im Verlaufe einiger Hautaffektionen (Pemphigus vulgaris, Syphilodermata papulosa, Lichen planus etc.) sieht man hier und da Ausschläge auftreten, welche aus Perlen von verschiedener Gröfse bestehen; einzelne derselben sind punktförmig und kaum sichtbar, andere erreichen die Gröfse eines Stecknadelknopfes. Ihre Zahl variiert je nach den Fällen. Sie sind von graulich-weifser Farbe, ragen leicht über das umgebende Hautniveau empor. Seröse Flüssigkeit läfst sich aus denselben nicht herauspressen; sie lassen sich vielmehr als Ganzes aus der Haut herausschälen und treten in Gestalt von weichen, gallertartigen Massen heraus. Sie bleiben entweder längere Zeit an derselben Stelle bestehen oder verschwinden nach einer gewissen Zeit spontan, ohne Spuren zu hinterlassen und verursachen nie Jucken oder irgend welche andere Beschwerden. Sie zeigen sich nur an den kranken Hautpartien oder auf hyperämischen oder pigmentierten Flecken, welche nach Blasen oder Papeln zurückgeblieben sind. Diese Perlen entstammen den epithelialen Geweben der Haut, in welchen eine Gruppe von Zellen in hydrophische Degeneration verfallen ist und einen Kern gebildet haben, um den sich durch rapide Degeneration der umgebenden Epithelzellen eine konzentrische Stratifikation der Elemente bildet, die je nach den Fällen in kolloide Degeneration verfallen oder in einen Zustand mehr oder weniger vollständiger Verhornung übergehen. Das Bindegewebe der Cutis und die Gefäfse nehmen keinen Anteil an dem Prozesse; erst in späteren Stadien, wenn sie an Umfang bedeutend zugenommen haben, führen sie durch ihre Masse zu einer teilweisen Atrophie und Lageveränderung der umgebenden Gewebe, was zur irrtümlichen Vermutung geführt hat, dafs sie im Innern des eigentlichen Cutisgewebes entstanden seien. *C. Müller-Genf.*

In der medizinischen Gesellschaft in Göttingen (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 2) stellt SCHMIDT-RIMPLER einen Fall von **Favus an den Augenlidern** vor, den zweiten, den er bisher gesehen hat; er wies eine querovale Borke von 17 mm Breite am unteren Augenlid auf. Die Diagnose wurde durch Mikroskop und Kultur sichergestellt; die Heilung erfolgte unter Sublimatumschlägen rasch, aber ebenso rasch stellten sich Recidive ein, von denen Patient noch nicht befreit ist. In derselben Sitzung demonstrierte SULTAN eine 33 Jahre alte Frau mit **Harnblasendivertikel** an der Vorderwand rechts; er hält das Divertikel für angeboren. Zur Demonstration von cystoskopischen Bildern hat SULTAN bei MAHRT und HÖRNING in Göttingen ein praktisches Stativ anfertigen lassen. *F. Hahn-Bremen.*

Eine Serie von Kulturen des Mikrosporon und des grofssporigen Trichophyton, von J. POLLITZER-New York. (*Trans. Am. Derm. Ass.* 1900.) Die Kulturen zeigten die Pilze in verschiedenen Stadien ihres Wachstums und auf verschiedenen Medien. Beim Megalosporon fanden sich einzelne Abweichungen von den SABOURAUDschen Befunden, die Züchtungen des Mikrosporon und Favus dagegen waren ganz resp. fast ganz identisch mit den Pariser Beobachtungen. Auch von eingetrockneten Kulturen hat Verfasser noch erfolgreich Kulturen angelegt. Ferner erwähnte er ein violettes Trichophyton mit schwarzem Zentrum, wie MIBELLI auch schon beschrieben hat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neue Beobachtungen über Herpes tonsurans bedingt durch das Trichophyton minimum, von LE CALVÉ und H. MALHERBE. (*Arch. de parasit.* 15. Mai 1900.)

Im Herbst vorigen Jahres konstatierten die Verfasser nach den Manövern an mehreren Maultieren und Pferden jeglichen Alters und jeglicher Herkunft die üblichen rundlichen kahlen Stellen, wobei sie durch mikroskopische Untersuchungen und Kulturen das Trichophyton minimum nachwiesen. Heilung trat spontan bei gehörigem Putzen ebenso schnell ein als bei Behandlung mit Milchsäureverbänden. Über acht Fälle werden einige nähere Einzelheiten kurz mitgeteilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von G. Hügel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 50.) Der Verfasser beobachtete bei einem 72jährigen Manne, dessen Allgemeinzustand ein vortrefflicher war, eine charakteristische Pityriasis rubra *pilaris* Devergie. Die eingeleitete Behandlung, bestehend in Arseninjektionen, die jedoch nach 10 Tagen schon ausgesetzt werden mußten, Einreibungen des Körpers mit Borvaselin und Verabreichung von Bädern in Borsäurelösung, führte im Verlaufe eines Monats zu vollständiger Heilung. Aber schon nach sechs Wochen stellte sich ein ausgedehntes Recidiv ein, dessen Behandlung dadurch sehr erschwert war, daß sich der Patient einen rechtsseitigen Schenkelhalsbruch und eine linksseitige Patellarfraktur zuzog. Obwohl der Kranke überdies Arsenik in keiner Form vertrug, wurde die Hautaffektion trotzdem merklich besser; nur an den besonders stark befallenen Stellen, wie an den Gelenken, blieben Residuen von Hyperkeratose zurück. Der Patient ging im Verlaufe der Affektion infolge seniler Atrophie sämtlicher Organe zu Grunde. Der Fall beweist, daß die Pityriasis rubra pilaris, auch wenn, wie hier, der ganze Körper universell befallen ist, als eine relativ gutartige, jedoch leicht recidivierende Hautaffektion zu betrachten ist. *Göts-München.*

Psoriasis mit Geistesstörung; Thyreoidbehandlung; Heilung, von H. de M. Alexander. (*Lancet.* 8. Dez. 1900.) Ein 33jähriger Arbeiter, welcher seit acht Monaten wegen Psoriasis mit Medikamenten ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden war, wurde mit den Erscheinungen der akuten Verwirrtheit in der Irrenanstalt aufgenommen. Bei Bettruhe, vegetabilischer Kost und Thyreoidtabletten (dreimal täglich 0,9) trat rasch Besserung der Geistesstörung ein. Die Tabletten wurden am achten Tage auf Dosen von 0,3 pro die reduziert und nach weiteren acht Tagen ganz ausgesetzt. Am Ende von vier Wochen war die Hautaffektion ganz geheilt und Patient ist seitdem (18 Monate) gesund geblieben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Psoriasis und Osteo-Arthritis, von Alfred Eddowes. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1900.) Verfasser beschreibt einen derartigen Fall bei einer 31jährigen Frau als ein mustergültiges Beispiel für die so häufige, sicherlich nicht zufällige Coincidenz von Psoriasis mit Gicht und Rheumatismus. *C. Berliner-Aachen.*

b. *der Cutis.*

Die Behandlung von Geschwürsformen mit trockener Heißluft. Erste und vorläufige Mitteilung von Karl Ullmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 12.) Nach einer einleitenden Besprechung der auf Grund von theoretischen und praktischen Arbeiten von Buchner, Bier und Welander angewendeten therapeutischen Hyperämisierung und besonders der auf calorischem Wege bewirkten wendet sich Verfasser der Heißluftapplikation zu. Die heiße Luft hat den Vorzug, erst bei sehr hohen Temperaturgraden (über 150°) unangenehme Nebenwirkungen auf der Haut zu entfalten, da die letztere von trockener heißer Luft umgeben energisch transpiriere und sich so spontan abkühlen kann. Verfasser hat sich zur Behandlung ulceröser Genitalprocesse von Odelga in Wien einen Heißluftapparat konstruieren lassen, der sich

gut dem Körper anschliefst. Mittelst desselben kann man Temperaturen von 50—180° C. erzielen und genau regulieren. Die gesunden Körperteile werden mit Watte bedeckt, die geschwürigen vorher sorgsam von Sekreten, Salben etc. befreit. Täglich eine Sitzung von ½ bis 1 Stunde Dauer. Unangenehme Nebenwirkungen hat Verfasser bei 50 Fällen nicht beobachtet. Die Reparation venerischer Schanker (19 Fälle) erfolgte in 4 bis 5 Sitzungen. Sitzen dieselben im Präputialsack, so ist Freilegung, eventuell operativ, nötig. Die Operationswunde bei Phimosis heilt auffallend gut, trotzdem schon am selben Tage Heifsluft angewendet wurde. Ebenso gut heilen syphilitische Initialaffekte (16 Fälle): vorhandene Drüsenschwellungen zeigten sich gar nicht beeinflufst oder blieben in ihrer Entwickelung stehen. Ein retardierender Einfluſs auf die Entwickelung der Allgemeinsyphilis wurde dreimal konstatiert. Umfangreiche Sklerosen, inveterierte, luetische Infiltrate und Geschwüre (Haut- und Knochengummata) wurden wunderbar schnell resorbiert. Zwei Fälle von Sarkocele luetica bildeten sich nach 8 bis 11 Sitzungen zurück; auch Infiltrationen des Nebenhodens schwanden schnell. — Schlecht reagierte ein fistulöser Prozefs am Skrotum, tuberkulösen Ursprungs. Am bedeutendsten war der Erfolg bei phagedänisch-atonischen Prozessen syphilitischer und nicht syphilitischer Natur. Zwei schwere Fälle von Geschwüren der Glans, die seit einem Jahre bestanden, heilten schnell.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten lokalen Hyperämie auf chronische und infektiöse Geschwürsprozesse, von KARL ULLMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 1.) Die Ausführungen BUCHNERS über die chemische Fähigkeit des Blutes, die durch bakterielle Infektionsträger hervorgerufenen Gewebsbildungen und die Erreger selbst einzuschmelzen und zu resorbieren, haben Verfasser zu den Versuchen mit künstlich durch Hitze erzeugter Hyperämie besonders veranlafst. Man kann leitende, strahlende und kaustische Wärme in Anwendung bringen. Nachdem Verfasser die verschiedenen verwendeten Methoden an der Hand der Litteratur besprochen, schildert er die von ihm geübte Behandlung ulceröser Prozefse in Heifsluftkästen, deren er verschiedene Konstruktionen benutzt hat. Für die männlichen Genitalien ist ein besonderer Apparat von ihm konstruiert, der abgebildet ist. Es werden durch ¾—1 Stunde Temperaturen von 80—150° C. angewendet; die Haut rötet sich stark, schwitzt sehr und wird leicht ödematös, als Zeichen einer tiefgehenden Hyperämisierung. Zuweilen tritt allgemeiner Schweifsausbruch ein. — Nervenkranke Personen mufs man vorher auf den Temperatursinn prüfen, da sonst leicht Brandwunden entstehen. Die Temperatur mufs stets nur gradatim gesteigert werden. — Vor allem mufs die Luft sehr trocken sein; der sich niederschlagende Wasserdampf verdünnt das transsudierte Serum, macht es dadurch unwirksam; aufserdem verbrennt die feuchte Luft leichter. Die Trockenheit der Luft wird durch permanenten Luftzug (Apparate von BRAUSE und BIER) und durch eine Schale mit Chlorcalcium unterhalten (Apparat von REITLER). — Das Thermometer mufs so eingesenkt sein, dafs sich seine Kugel in der Höhe der Haut befindet, ohne diese zu berühren. — Die nicht zu behandelnden Teile werden durch Watte geschützt. — Für die Höhe der Temperatur ist das subjektive Befinden des Kranken mafsgebend; das Verfahren darf nicht schmerzhaft sein. — Das Verhalten der Geschwürsflächen ist ein verschiedenes. Ulcera venerea bekommen dicken, plumpen, ödematösen Rand, eine diffuse Rötung der Umgebung; die speckigen Beläge lösen sich ab, der Geschwürsrand erhellt sich durch Ödem. Von 21 Ulcera venerea heilten 18 in 5 bis 24 Tagen ohne jede weitere Therapie, drei erforderten noch Exkochleation und Jodoformbehandlung. Besteht Phimosis, dann mufs dieselbe vor Einleitung der Wärmebehandlung beseitigt werden; die letztere kann mit gutem Erfolge schon am Tage

nach der Operation in Funktion treten. Sie fördert die prima intentio. — Die Heißlufttherapie hat, wenn sie bei luetischen Primäraffekten angewendet wird, keinen Einfluß auf den Ausbruch der Sekundärerscheinungen. — Beim Ulcus cruris sieht man unter der Wärmetherapie Reinigung und Epidermisierung der Wunden, aber keine Resorption der kallösen Haut und keine Besserung der Stauung. — Fieber sah Verfasser nur bei zwei Patienten mit versteckten, uneröffneten Eiterherden. Längere Zeit persistierende Ödeme werden beobachtet, aber sie schwinden schließlich wieder. — Einige Krankengeschichten beschließen die Arbeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Geschwür der großen Zehe mit Vortäuschung eines eingewachsenen Nagels, von M. Delbet. (*Indépend. méd.* 1900. No. 39.) Verfasser berichtet über einen Fall von Entzündung der großen Zehe, der mit der Fehldiagnose Unguis incarnatus in die Behandlung kam. Nebenbei sei bemerkt, daß der Kranke an Tarsaltuberkulose litt. Eingewachsene Nägel sind nach Delbet besonders häufig bei Leuten mit kleinen Nägeln, selten bei solchen mit breiten, stark entwickelten Nägeln, wie im vorliegenden Falle. Das war das erste Gegenargument gegen die Diagnose „Eingewachsener Nagel". Zweitens betrifft die vorliegende Ulceration die mittlere und hintere Partie der Nagelmatrix, ja greift sogar nach hinten auf die Zehenhaut über. Beim eingewachsenen Nagel beginnt aber die Ulceration vorn am freien Rand des Nagels, um nach hinten zu gehen, ergreift aber nicht die Matrix. Außerdem sitzt sie stets auf der Außenseite des großen Zehennagels, was hier ebenfalls nicht der Fall ist. Die differentialdiagnostisch in Frage kommenden Affektionen, Syphilis simplex, Nagelsyphilis und Skrophulose sind hier auszuschließen, ebenfalls Ulcus unguis post panaritium hallucis. Verfasser betont in der Abhandlung, daß er niemals bisher gezwungen gewesen ist, einen eingewachsenen Nagel operativ zu entfernen, sondern daß er stets zur Heilung gelangt, indem er Bäusche von Eisenchloridwatte in den Nagelfalz legen läßt.

Hopf-Dresden.

Zur Entstehung und Behandlung furunkulöser und septischer Hautentzündungen, von Karl Ullmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. 31 ff.) Septischer Prozesse giebt es in der Haut sehr viele von der kleinen Pustel bis zum Furunkel, Karbunkel, tiefliegenden Abscefs und bis zur Phlegmone. Am häufigsten sind die primären Eiterungen der Haut, Impetigo, Folliculitis, Perifolliculitis, Furunkel, Karbunkel; sie sind alle bedingt durch ektogene Infektion mit Staphylokokken oder Streptokokken. Dieser Entstehungsmodus muß auch für pustulöse Syphilide, die pustulös beginnende Tuberkulose, die benigne Form von Impetigo contagiosa, die Impetigo herpetiformis angenommen werden. Die durch rein chemische Agentien hervorgerufenen Eiterungen kennzeichnen sich durch den Mangel an progredientem Wachstum nach Erschöpfung der Reizquelle, relativ geringe Allgemeinerscheinungen.— Verfasser geht dann mehr auf die Vorgänge bei der Entstehung der Eiterungen, die Histogenese derselben, ein und beschäftigt sich mit der Abgrenzung des Furunkels vom Karbunkel, welch' letzterer aus dem ersten entsteht, wenn lokal günstige Bedingungen für die Ausbreitung der Kokkeninfektion vorhanden sind (Ekzematiker) oder Blutanomalien, Hinfälligkeit der Gewebselemente (Diabetes) bestehen. Die Vulnerabilität der Haut ist gleichbedeutend mit dem Grade der Eignung der Gewebe zu Nährböden für Bakterienentwickelung. — Die Neigung zur Resorption, zur Pyämie hängt ab von der jeweiligen Kraft der flüssigen und zelligen Blutbestandteile. Besonders legt Verfasser auf die Harnsäurediathese großen Wert, welche zu Furunkulose besonders disponieren soll. Die Harnsäureausscheidung ist bei zu Furunkulose neigenden, sonst gesunden Menschen nur ausnahmsweise normal. Einen tötlich unter pyämischen Er-

scheinungen verlaufenen Fall führt Verfasser als Beweis an. — Äufsere mechanische Reize, forcierte Mineralbäder, Theer etc., Kratzen, Seborrhoe tragen natürlich viel zur Ausbreitung der Furunkel bei. — Die Therapie der Furunkel ist nun bei Sitz in normaler Haut von vorneherein eine chirurgische, besonders wenn der Herd sehr tief sitzt („Hemdknopfform"). Pflaster sind nicht zu empfehlen. Besser und rationeller ist die Alkoholbehandlung, die Verfasser aber mit Vorteil mit der Ichthyolapplikation verbindet. Er läfst auf die rasierte Haut 2—3 mal täglich folgende Lösung aufpinseln:

Spiritus vini diluti	ℳ 7,0
Aether. sulfur.	
Ichthyoli	ℳ 6,0

Der Erfolg zeigt sich stets, selbst in den schwersten Fällen, schon nach Stunden; die entzündlichen Erscheinungen schwinden, die Herde vertrocknen und schrumpfen ein, der Schmerz nimmt ab. Die alten Firnissdecken werden hin und wieder mit Äther-Alkohol entfernt. Auch Umschläge mit konzentriertem Ichthyolwasser oder reines Ichthyol wirken ähnlich. Nach mehreren Tagen zurückbleibende derbe Infiltrationsreste werden durch die obige Lösung, versetzt mit einer 1%igen Chrysarobinlösung (in Äther-Alkohol), beseitigt. — Auch die Schlemichsche Peptonpaste eignet sich für die Ichthyolapplikation:

Pepton. sicc.	
Amyl.	
Zinc. oxyd. subtil. pulv.	ℳ 15,0
Gumm. arabic.	30,0
Ichthyoli	10,0
Aq. dest. q. s. ut. f. pasta.	
Adde Lysoli vel Melissae (Citronelli)	ℳ *guttam.*

Salben eignen sich weniger; besser 5% Borsäure-Ichthyolpuder, besonders an behaarten Stellen. Mittelst der Schlemichschen Paste kann man auch einen Okklusivverband machen. Man umgiebt die kranke Stelle mit einem 2 cm breiten Pastenstreifen, bestreicht das Zentrum mit Ichthyol; darüber Krüllgaze und zur Befestigung des ganzen einen Gazenschleier, der an der Peptonpaste festklebt. — Sehr wirksam ist das Ichthyol auch bei Phlegmonen. — Von anderen Heilverfahren bei Furunkeln hebt Verfasser nur die Heifsluftanwendung hervor. — Hydro- oder Balneotherapie leistet wenig, schadet sogar oft, dagegen sind abhärtende Hautbehandlung, Seifenwaschungen in den Intervallen von Nutzen, ebenso entsprechende interne Therapie.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung der Furunkulosis mit Schwefelpräparaten, von J. Russlow. (*Medicinskoje Obosrenje.* September 1900.) Die häufigste Ursache der Furunkulosis ist Infektion der Ausführungsgänge der Hautdrüsen durch Staphylokokken. Aufserdem kommen aber hier noch prädisponierende Momente in Betracht, teils lokaler (äufsere Reize), teils allgemeiner Natur, (mangelhafte Körperernährung, chronische Vergiftungen z. B. Alkoholismus, Urämie, Cholämie). Aber auch bei sonst ganz gesunden Menschen kommt das Leiden vor, so z. B. bei jungen Individuen während der Geschlechtsreife.— Die Behandlung ist verschieden, am häufigsten mufs sie eine roborierende sein. Recht oft aber werden wir genötigt, zu gewissen Mitteln zu greifen, die sich empirisch als sehr wirksam erwiesen, so z. B. zum Arsen, den Bierhefen und besonders zum Schwefel. Autor wandte während 12 Jahre in ätiologisch unklaren Fällen von Furunkulosis den Schwefel an und konnte die unzweifelhafte Wirkung des Mittels bestätigen; am besten wirkte es bei kräftig gebauten Menschen mit stark entwickeltem

Pannic. adip. Anfangs brauchte Verfasser Fler. sulf. (2,0—3,0 pro die 1 mal morgens), wendet aber jetzt wegen der Arsenbeimengung dieses Präparats ein anderes an, nämlich das Sulfur depuratum. *Herm. Löwensohn-Riga.*

Ein Fall von Anthrax; Excision der Pustel; Heilung, von E. C. Bentzelis-London. (*Lancet.* 20. Okt. 1900.) Es handelte sich um einen Fall von typischer Pustula maligna am Halse. Die Excision wurde am zweiten Krankheitstage vorgenommen, wobei man den Schnitt etwa $^3/_4$ Zoll von der Pustel entfernt im Gesunden bis auf die Fascie vordringend durchführte. Die ganze Wunde wurde mit reiner Karbolsäure geätzt. Die Heilung ging glatt von statten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Anthrax, von E. F. M. Neave-Friockheim N. B. (*Lancet.* 6. Okt. 1900.) Kurzer Bericht über einen Fall bei einem 50jährigen, kräftigen Landmann, der am vierten Krankheitstage starb. Bemerkenswert waren dabei der Sitz der Läsion an der Brust oberhalb der linken Brustwarze, das Fehlen wesentlicher subjektiver Beschwerden, das Fehlen von Fieber und der schnelle Verlauf in vier Tagen, wenn auch von anderen Autoren Eintritt des Todes schon am dritten Krankheitstage beobachtet worden ist. Als Infektionsquelle glaubt N. das vom Patienten zum Düngen verwendete Knochenmehl beschuldigen zu müssen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Anthrax, von E. A. Clarke-Dukinfield. (*Lancet.* 10. Nov. 1900.) Kurzer Bericht über einen 17jährigen Knaben, welcher am sechsten Krankheitstage mit Pustula maligna auf der Stirn in Behandlung kam und unter sofortiger ausgiebiger Excision und subcutaner Einspritzung von 5 %iger Karbollösung (an etwa 9 Stellen in der Umgebung der Wunde je eine Serumspritze voll) gerettet wurde.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Anthrax, von A. Kidd-Jefora. (*Lancet.* 26. Jan. 1901.) Bericht über einen trotz mangelnder bakteriologischer Untersuchung wohl unzweifelhaften Fall, welcher nach ausgiebiger Excision etwa am fünften Krankheitstage und Applikation von reiner Karbolsäure einige Tage lang sehr bedrohliche Erscheinungen darbot, aber schliefslich mit Genesung endete. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Anthrax des Oberschenkels, von Th. Sinclair. (*Brit. med. Journ.* 31. März 1900.) Ein 23jähriger, in einer chemischen Düngerfabrik beschäftigter Mann brachte sich bei der Arbeit einen Holzsplitter in den Oberschenkel. Er zog den Splitter heraus und schenkte der Wunde weiter keine Beachtung. Einige Tage später fühlte er an der betreffenden Stelle einen schmerzhaften Knoten, der in den nächsten Tagen stetig an Gröfse zunahm und immer empfindlicher wurde, sodafs der Patient nicht mehr arbeiten konnte und das Hospital aufsuchen mufste. Der Oberschenkel war namentlich in dem unteren Drittel stark gerötet, geschwollen, etwa in der Mitte der Schwellung befand sich ein schwarzer Schorf, der von einem Ringe von Bläschen umgeben war. Die Femoraldrüsen waren stark vergröfsert, gespannt und schmerzhaft. Die Behandlung begann mit einer Incision der Leistengegend und mit einer Unterbindung der Vena saphena, damit nicht etwa beim Operieren infektiöse Stoffe oder Thromben in dieselbe gelangten. Das Lymphdrüsenpacket wurde zusammen mit dem umgebenden Fett entfernt, die Wunde vernäht und drainiert; sodann wurde eine grofse, ovale, den Anthrax umgebende Partie mit dem erkrankten Gewebe bis hinab zum Vastus internus excidiert. Der Patient genas ohne Zwischenfall vollkommen.

Die bakteriologische Untersuchung des Inhalts der Bläschen ergab eine grofse Menge Anthraxbacillen, während die aus dem centralen Schorf exprimierte

Flüssigkeit wenige Bacillen, dagegen zahlreiche Staphylokokken enthielt. Aus dem Inhalte der Bläschen angelegte Kulturen ergaben Haufen von reinen Anthraxbacillen. Überimpfungen auf eine Maus führten in 36 Stunden den Tod des Tieres herbei. Die mikroskopische Untersuchung der Milzpulpe ergab zahlreiche Anthraxbacillen.

C. Berliner-Aachen.

Über das „Sphalangi"-Insekt und seine Beziehung zum Anthrax, von G. A. Williamson. (*Brit. med. Journ.* 1. Sept. 1900.) Auf der Insel Cypern giebt es ein Insekt, das seinem Aussehen nach einer Ameise mittlerer Gröfse gleicht, und dessen Bifs nach Ansicht der Eingeborenen sehr ernste, oftmals tötliche Folgen nach sich ziehen soll. Die durch den Stich des Insekts angeblich hervorgerufene schwere Erkrankung wird als „Sphalangi-Krankheit" bezeichnet, während eine namentlich in den heifsen Monaten auftretende, zumeist tötliche Erkrankung von Pferden und Schafen von den Bewohnern der Insel Cypern „Phlangari" genannt wird. Auf Grund eingehender Untersuchungen und Beobachtungen ist der Verfasser zu folgenden Schlüssen gekommen:

1. dafs der einfache Stich des Sphalangi-Insekts keinerlei ernste Folgen nach sich zieht;

2. dafs die „Phlangari"-Krankheit der Pferde und Schafe nichts anderes als Anthrax sei;

3. dafs das Sphalangi-Insekt wohl der Träger des Anthrax-Bacillus sein und dann mit seinem Stiche den gefährlichen Anthrax einimpfen könne;

4. dafs somit die schwere Sphalangi-Krankheit nichts anderes als Anthrax sei;

5. dafs in zweifelhaften Fällen eine frühzeitige mikroskopische Untersuchung auf Anthraxbacillen entscheidet, ob ein einfacher Sphalangi-Stich oder Anthrax vorliege.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Mykosis fungoides, von Jakob Schiffmacher. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 68. No. 5 u. 6.) Aus der Zimmerschen Klinik wird ein Fall von Mykosis fungoides berichtet, der sich noch im prämykotischen Stadium befand. Die Therapie mittelst intramuskulärer Injektionen von Natrium arsenicosum in grofsen Dosen erzielte eine sehr erhebliche Besserung. Die sonstigen Ausführungen bringen nichts neues. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lymphosarkom oder Mykosis fungoides? von E. Hauss-Zürich. (Comptes rendus du XII. Congrès international de Médecine. Moskau 1900.) Bei einem 40jährigen Manne von Jugend auf bestehende Hautaffektion, ausschliefslich auf den rechten Arm beschränkt. Drei verschiedene klinische Bilder: psoriasisähnliche Flecken, lupusähnliche Narben, eine fleischig höckerige Geschwürsfläche. Nach drei Jahren Ausdehnung des Leidens noch unverändert; die Geschwürsfläche besteht aus einer Tumorenmasse, die den Eindruck eines Kancroids macht, daneben das Bild der Psoriasis und keloidähnlicher Narben. Innerhalb weniger Monate Verschlimmerung, Auftreten von Drüsenschwellungen am Oberarm, in der Axilla und der Fossa supraclavicularis; Störung des Allgemeinzustandes. Abtragung des Armes (Exarticulatio humeri), nach 2 Monaten Heilung. — Histologisch das einheitliche Bild des Lymphosarkoms an den psoriasiformen Flecken, den Tumoren und den Drüsen. Mit Rücksicht auf die klinischen Erscheinungen, die einem Lymphosarkom keineswegs entsprechen, möchte Verfasser trotz mancher Bedenken die Diagnose auf Mykosis fungoides stellen.

A. Loewald-Cassel.

Über die Diagnose und Behandlung der Aktinomykose der Haut, von Octave Lenoir und André Claisse. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 28.) Bei einem Metzger, der ca. 5 Monate vorher wegen einer Art Ranula in Behandlung gestanden

war, konstatierten die Verfasser auf der leicht geschwollenen, bläulich verfärbten linken Wange sechs kleine, ca. 1/2 cm hohe, annähernd konische Knoten; aus zwei Knoten trat an der Spitze eine kleine Menge gelblich gefärbte, fadenziehende Flüssigkeit zu Tage. Aufserdem fand sich in der Mitte des linken Unterlides ein knorpelhartes, gerstenkorngrofses Knötchen. Die benachbarten Drüsen waren nicht geschwollen, Anzeichen von Tuberkulose waren nicht nachzuweisen. Die Verfasser hielten die Affektion, die seit ca. 3 Monaten bestand, zuerst für eine syphilitische; eine antiluetische Kur blieb jedoch erfolglos. Daraufhin wurde einer der Knoten gespalten; er enthielt einige Tropfen Eiter, in welchem durch die bakteriologische Untersuchung Actinomycespilze nachgewiesen wurden. Damit war die richtige Diagnose gegeben. Verabreichung von 3 g Jodkalium pro die — mehr vertrug der Kranke nicht — brachte die Knoten im Verlauf von ca. vier Monaten und die darnach noch bestehende Röte und Verdickung der Haut im Verlauf von weiteren vier Wochen zum Verschwinden. Die Länge der Zeit, die hier zur Heilung notwendig war, ist dadurch zu erklären, dafs Jodkalium, das fast specifisch wirkt, nur in kleinen Dosen vertragen wurde; zur Erzielung einer raschen Wirkung sind grofse Dosen notwendig.

Götz-München.

Das Rhinosklerom beim Menschen und die Schnüffelkrankheit beim Schweine, von Dor. (*Lyon. méd.* 1900. No. 40.) Verfasser weist auf die verschiedenen Analogien zwischen diesen beiden Affektionen hin und fordert die Tierärzte auf, bei der letzteren den Bacillus von Frisch aufzusuchen, und die Ärzte, nachzuforschen, ob bei ihren Rhinosklerom-Patienten die specifischen Keime nicht mehr oder weniger direkt vom Schweine übertragen worden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von phagedänischem Ulcus der Oberlippe etc., von W. J. Collins-London. (*Lancet.* 5. Jan. 1901.) Es handelte sich um eine 19jährige, tuberkulös belastete Patientin, welche wegen indurierten Ulcus der Oberlippe und Lymphadenitis aufgenommen wurde. Im weiteren Verlauf trat auch ein Geschwür an der linken Tonsille und am Gaumenbogen auf, aber sonstige Symptome, namentlich Hautläsionen blieben aus. Hg wurde etwa 10 Wochen lang innerlich und äufserlich verabreicht, jedoch ohne Erfolg, dagegen erfolgte Heilung in relativ kurzer Zeit unter Behandlung mit grofsen Dosen Jodkalium. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Züchtung des Erregers des weichen Schankers, von F. Bezançon, V. Griffon und L. Le Sourd. (*Presse méd.* 1900. No. 102.) Die Verfasser züchteten virulente Ducreysche Schankerbazillen, primär entnommen von Ulcera mollia, Impfschankern und Buboneneiter auf „gelatiniertem Blute" mit bestem Erfolg. Leider geben sie in vorstehender Arbeit nicht die Zusammensetzung und Bereitung ihres „Sang gélosé" an. *Hopf-Dresden.*

Ulcus molle und Bubo, von Krulle. (*Berl. klin. Wochenschr.* 5. u. 12. Nov. 1900.) Dieser Aufsatz ist die Wiedergabe eines der Vorträge, welche auf Veranlassung des königl. Unterrichtsministeriums in der Charité zu Berlin gehalten wurden, und fafst, ohne irgendwie Neues zu bringen, wohlverständlich alles Wichtige über die beiden so eng verknüpften Affektionen zusammen. Bezüglich der Behandlung der Bubonen ist Kr. Anhänger der Langeschen Methode (kleine Incisionen, Einspritzungen von 1% Arg. nitr.-Lösung u. s. w.), während er die breiten Incisionen und ausgiebigen Exstirpationen als für die Mehrzahl der Fälle überflüssig und als für den Patienten schädlich ansieht. Wenn auch erstgenannte Methode den Vorzug hat, die Bubonen fast ohne Berufsstörung zu behandeln, so möchte Referent doch bezweifeln, dafs man

in der „Mehrzahl der Fälle“ mit ihr zum Ziele kommt und die Patienten die Geduld zu der oft sehr lange währenden Behandlung mit den Arg.-Injektionen haben.

Stern-München.

Behandlung der ulcerös-membranösen Stomatitis mit Kauterisationen mit Chromsäurekrystallen, von Armand Sieredey. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 42.) Die ulcerös-membranösen Stomatitiden, die eine tiefgehende Schädigung der Mundschleimhaut darstellen, werden durch Spülungen, Pinselungen und dergleichen oberflächlich wirkende Eingriffe nicht beeinflufst; dagegen wirken Ätzungen mit Chromsäurekrystallen aufserordentlich gut und rasch, weil sie die Abstofsung der kranken Partien und die Regeneration der Schleimhaut befördern. Man ätzt, indem man mit einem feinen trocknen, mit Chromsäurekrystallen beschickten Wattepinsel unter leichtem Druck über die Ulcerationen hinstreicht; dann werden die kauterisierten Stellen und ihre Umgebung mit einem dicken nassen Wattepinsel abgewischt. Nachdem hierauf noch der Mund mehrmals ausgespült worden ist, überzeugt man sich durch sofortige Inspektion, dafs nirgends ein Chromsäurekrystall zurückgeblieben ist; ein solcher würde an Ort und Stelle Nekrose oder resorbiert Intoxikationserscheinungen hervorrufen. Die Ätzungen sind sehr schmerzhaft, die Schmerzen vergehen aber sehr rasch. Nach 48 Stunden kann die Kauterisation wiederholt werden, mehr als drei Ätzungen sind für die einzelnen Ulcerationen nur selten nötig. Schon 10—12 Stunden nach der Ätzung ist eine deutliche Besserung sichtbar, nach 8—10 Tagen ist gewöhnlich vollständige Heilung eingetreten. In der Zwischenzeit zwischen den Ätzungen werden Spülungen mit einer leicht antiseptischen Flüssigkeit gemacht, bei Stomatitis mercurialis kann man aufserdem 2 g Kalium chloric. pro die geben. Der Verfasser hat bei dieser Behandlungsmethode nie eine Komplikation eintreten sehen.

Götz-München.

Über die Behandlung der nekrotisierenden Akne mit Meersalzlösung, von Friedrich Luithlen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 31.) Die nekrotisierende Akne (wohl identisch mit der Akne varioliformis) hat Verfasser mit Umschlägen von 1,2% Meersalzlösungen für die Nacht und ebenso starkem Meersalz-Lanolin für den Tag behandelt. Der Erfolg war ein sehr günstiger. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes, von H. v. Ranke-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 43.) Während der Verfasser früher kein an Noma faciei erkranktes Kind hatte retten können, erzielte er neuerdings bei drei auf einander folgenden Fällen durch frühzeitige und energische Behandlung mit Messer und Thermokauter Heilung. Bei dem ersten Kinde wurde die brandige Stelle und die dieselbe umgebende infiltrierte Zone ausgeschnitten und die Wundränder mit dem Thermokauter verschorft, bei den beiden anderen Kindern wurden die erkrankten Partien radikal gespalten, die brandigen Haut- und Schleimhautteile excidiert, bezw. mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, in einem Falle auch noch nekrotische Knochenpartien mit der Knochenzange entfernt, und zum Schlusse die Wundflächen mit dem Thermokauter ausgiebig verschorft, nach erfolgter Heilung endlich die Narben excidiert und die Wundränder vernäht. In keinem der drei Fälle blieb eine nennenswerte Verunstaltung des Gesichts zurück. *Götz-München.*

Gangrän der Haut im Verlauf des typhösen Fiebers, von Stahl. (*Med. Rev.* 1900; nach *Journ. d. pratic.* 1900. No. 42.) Der Verfasser hat bei amerikanischen Soldaten, die während des Feldzuges auf Cuba an typhösem Fieber erkrankt waren, in 10 von 140 Fällen, also ganz ungewöhnlich oft, Gangrän der Haut beobachtet. Dieselbe trat zu allermeist am Stamme und gleichzeitig im Gesicht, am Ober- und

Unterschenkel und am Skrotum auf, während sie sonst fast ausschliefslich an den peripheren Enden der Extremitäten, besonders an den Zehen vorkommt. Drei Fälle endeten tötlich; zwei Fälle kamen zur Autopsie, diese ergab beide Male Embolie als alleinige Ursache der Gangrän. Klinisch war die grofse Häufigkeit von Arteriosklerose bei den Kranken, sowie die ovale Form der gangränösen Stellen auffallend. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Bläscheninhaltes fand sich nur Staphylococcus albus und aureus. *Götz-München.*

Ausgedehnte gangränöse und gasbildende Phlegmone im Verlaufe eines Typhus, von PINATELLE. (*Lyon. méd.* 1900. No. 37.) Es handelt sich um einen 30jährigen Mann, der an Typhus erkrankte, welche Affektion aber erst nach mehreren Tagen erkannt und behandelt worden war. Circa drei Wochen nach dem Beginne der Krankheit begann sich am Skrotum eine Phlegmone auszubilden, welche das typische Knistern der gasbildenden Gangrän aufwies und sich nach und nach über das Perineum und die ganze untere Partie des Rumpfes ausdehnte. Exitus nach drei weiteren Tagen. Es handelte sich offenbar um eine sekundäre Infektion im Verlaufe von Typhus. *C. Müller-Graf.*

Über Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone, von A. SCHATTENBROH-Wien und R. GRASSBERGER-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 30 u. 31.) Die Buttersäuregährung der Kohlehydrate wird durch zwei aufserordentlich verbreitete Bakterienarten bewirkt, die in ihren Leistungen und ihren wichtigsten biologischen Merkmalen so nahe verwandt sind, dafs man sie in eine Gruppe stellen kann. Beide Arten bilden Sporen, der Prozefs der Sporenbildung geht mit der Bildung einer durch Jodblau färbbaren Substanz, der Granulose, einher. Verschiedenheiten zwischen beiden Arten bestehen hinsichtlich der Quantität der gelieferten Gährungsprodukte und hinsichtlich einiger kultureller und morphologischer Eigenschaften; insbesondere ist die eine Art stets geifsellos und unbeweglich, während die andere Art peritrichе Geifseln und Eigenbewegung besitzt. Bei der Untersuchung einer möglichst grofsen Anzahl von Stämmen beweglicher Buttersäurebacillen haben die Verfasser eine auffallende Übereinstimmung dieser Stämme in allen morphologisch-kulturellen Eigenschaften gefunden. Alle beweglichen Buttersäurebacillen sind streng anaërobe Organismen. — Unter den in der Natur enorm verbreiteten Sporen des unbeweglichen Buttersäurebacillus kommen gelegentlich pathogene Rassen vor, welche die Erscheinungen der Gasphlegmonen hervorrufen. Eine pathogene Varietät des Granulobacillus immobilis ist der FRAENKELsche Bacillus phlegmones emphysematosae; derselbe gehört also zu den echten Buttersäurebacillen, nicht zu den Fäulnisorganen. Dafür, dafs auch ein beweglicher Buttersäurebacillus gelegentlich Gasphlegmone erzeugen kann, ist noch kein einwandsfreier Beleg erbracht worden. Die Existenz des von KLEIN beschriebenen und zu den beweglichen Buttersäurebacillen gerechneten pathogenen Bacillus enteritidis sporogenes bezweifeln die Autoren.

Götz-München.

Eine Diskussion über Yaws. (*Brit. med. Journ.* 1. Sept. 1900.) Herr Jonathan HUTCHINSON spricht seine volle Überzeugung aus, dafs Yaws eine durch Rasse und Klima modifizierte Syphilis sei, dafs die Syphilis nicht von Amerika, sondern von der westafrikanischen Küste nach dem westlichen Europa eingeschleppt worden wäre. Wenn man Yaws nicht in England sehe, so rühre das daher, dafs jeder in den Tropen mit Yaws behaftete Europäer, wenn er nach Europa zurückkehre, nichts als syphilitische Symptome aufweist. Die granulomatösen Exorescenzen der Yaws verschwänden eben unter einem milderen Klima und das Krankheitsbild nähert sich zumeist dem der

Syphilis. Wenn man Abbildungen von Yaws und Syphilis nebeneinander halte, sei man über die grofse Ähnlichkeit beider frappiert.

P. Manson spricht sich gegen die Identificierung beider Affektionen aus. Inokulationen von Yaws schützten nicht gegen Syphilis und umgekehrt, was doch der Fall sein müfste, wenn beide identisch wären. Yaws, wie viele parasitäre, den Tropen eigentümliche Krankheiten könnten nicht in kältere Klimata importiert werden, weil der specifische Parasit in einer niedrigeren Temperatur seine Lebensfähigkeit verliere.

D. C. Rans hat viele Fälle von Yaws und Syphilis in dem Hospitalem an der Kapküste gesehen. Im Hinterlande herrsche Yaws vor und nicht Syphilis, und die Eingeborenen betrachteten die letztere als eine neue Krankheit.

K. Macleod meint, die Frage der Identität könne nur entschieden werden, wenn man die specifischen Mikroorganismen auffinde und wenn sich beide als identisch erweisen. *C. Berliner-Aachen.*

Yaws und Syphilis, von F. W. Collingwood. (*Brit. med. Journ.* 22. Sept. 1900.) Verfasser stimmt mit Jonathan Hutchinson darin überein, dafs es keinen wesentlichen Unterschied zwischen Syphilis und Yaws gebe. In den spätesten Stadien zeigten beide Krankheiten sehr ähnliche Symptome, die durch Merkur und Jodkalium sich besserten. Im ersten Stadium differierten sie nur hinsichtlich der Zeit der Inokulation und des Ausbruches der Erscheinungen. Einen typischen Hunterschen Schanker könne man bei der Yaws wahrscheinlich nur selten sehen; deshalb sei ein Primäraffekt doch vorhanden, nur werde er wahrscheinlich, weil seine Natur nicht genügend gekannt, sehr häufig übersehen. *C. Berliner-Aachen.*

Antistreptokokkenserum bei Erysipel, von H. L. Jones. (*Brit. med. Journ.* 15. Sept. 1900.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 63jährigen Frau, die am 28. Dezember mit Erysipel der Nase und der Stirn erkrankte. Trotz der Behandlung verschlimmerte sich der Zustand in lebensgefährlicher Weise. Am 4. Januar war die Patientin bewufstlos, das Fieber 40,5, der Puls nicht zu zählen und kaum fühlbar; das ganze Gesicht stark geschwollen. Um 8 Uhr abends injicierte Verfasser 20 ccm Antistreptokokkenserum (Burroughs u. Wellcome), und zwar je 10 ccm unter jedes Schulterblatt. Um 6 Uhr morgens des nächsten Tages war das Bewufstsein der Patientin zurückgekehrt, das Fieber auf 38,9 gefallen. Es wurden 10 ccm Serum und um 10 Uhr vormittags wieder dieselbe Dosis injiciert. Um 6 Uhr nachmittags war das Sensorium völlig frei. Die Patientin, die in den letzten Tagen per rectum hatte ernährt werden müssen, nahm jetzt wieder etwas Nahrung durch den Mund. Am 7. Januar war die Temperatur 37,2. Die Schwellung war bedeutend zurückgegangen. Von dieser Zeit an schritt die Besserung ununterbrochen fort bis zur völligen Wiederherstellung der Patientin. *C. Berliner-Aachen.*

Antistreptokokkenserum bei Erysipel, von A. W. Harrison. (*Brit. med. Journ.* 7. Juli 1900.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 26jährigen Frau, die am 11. April 1900 mit Kopf- und Rückenschmerzen, mit Schmerzen im Rachen und in den Beinen, heftigem Fieber und raschem Puls erkrankte. Als Verfasser die Patientin am nächsten Tage sah, hatte sie über 40° Fieber und einen Puls von 130; die Nase war gerötet, geschwollen und verstopft. Der Zustand verschlimmerte sich trotz der Behandlung mit Chinin innerlich, mit Ichthyollanolin äufserlich in lebensgefährlicher Weise. Das ganze Gesicht der Patientin war geschwollen, gerötet. Die Kranke selbst delirierte stark, war bewufstlos, verbrachte die Nächte trotz grofser Dosen aller möglichen Schlafmittel schlaflos. Am 24. April, als die Patientin bei hohem Fieber, rasendem kaum fühlbaren Puls nahezu moribund war, wurden ihr um

10 Uhr vormittags 20 ccm des Antistreptokokkenserum von Burroughs u. Welcom unter die Bauchhaut injiciert. Um 2 Uhr nachmittags war das Bewufstsein für einige Zeit wiedergekehrt, um 6 Uhr sank die Temperatur, der Puls wurde kräftiger. Injektion von weiteren 10 ccm Serum. Am nächsten Morgen war der Puls nur noch 98 und entschieden kräftiger, die Temperatur 37,5. Injektion von 10 ccm Serum, am Abend dieselbe Dosis. Die Patientin ist bei vollem Bewufstsein, deliriert nicht mehr und verlangt nach Nahrung. Die nächsten zwei Tage erhält sie täglich noch eine Injektion von 10 ccm Serum. Der weitere Verlauf ist ein andauernd günstiger bis zur völligen Wiederherstellung. Verfasser glaubt entschieden, dafs das Serum der Frau das Leben gerettet habe. *C. Berliner-Aachen.*

Im Verein für innere Medicin zu Berlin, Sitzung vom 19. November 1900 (*Disch. med. Wochenchr.* 1900. No. 50) demonstrierte Max Cohn einen **Fall von Elephantiasis nach chronischem, recidivierendem Erysipel.** Dem Patienten waren wegen Vereiterung der Inguinaldrüsen diese Drüsen exstirpiert worden; während der Heilung trat ein Erysipel auf, das von der Wunde ausgehend das ganze Bein überzog; dies war vor 18 Jahren geschehen. Nach Heilung der Wunde blieb eine mäfsige Anschwellung und bläuliche Verfärbung der Extremität zurück. Es traten nun im Laufe der Jahre eine ganze Reihe von teilweise schweren Erysipelen des Beins auf ohne erkennbare Ursache, sodafs man das Weiterbestehen von Erysipelkokkendepots in der Tiefe der Narbe annehmen mufs. Die Schwellung des Beins nahm nun in jedem Jahre zu, man kann wohl sagen proportional der Anzahl der Erysipele.
F. Hahn-Bremen.

Elephantiasis, von Rille. (*Encyklopädie d. Haut- u. Geschlechtskr.*) Verfasser unterscheidet in der Hauptsache zwei Formen: Elephantiasis nostras und Elephantiasis filariosa, welch letztere in überseeischen und tropischen Ländern vorkommt und gröfsere Körperstrecken sowie symmetrische Teile, vornehmlich aber die Genitalien befällt, während die E. nostras auf kleinere Körperabschnitte und vornehmlich auf die untere Extremität beschränkt bleibt. Verfasser schildert dann ausführlich die Ätiologie und den Verlauf sowie die anatomisch-pathologischen Veränderungen des Leidens mit besonderer Berücksichtigung der Genitalien, er erwähnt die Länder, wo E. endemisch ist und streift die Komplikationen und Abarten. Die Therapie mufs in erster Linie prophylaktisch wirken, Elephantiasis der Genitalien ist ausschliefslich Objekt einer chirurgischen Behandlung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Fall von Elephantiasis des Skrotums, von Duhot. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 48.) Es handelte sich um einen Syphilitiker, der erst vor einiger Zeit specifisch inficiert worden war. Die Affektion am Skrotum bestand in einer bedeutenden Schwellung und in dem Auftreten von kleinen Tumoren von Hirsekorn- bis Bohnengröfse, welche zum Teil isoliert, zum Teil in Gruppen vereinigt standen, himbeerartig waren, von rundlicher und ovalärer Gestalt, teils mit einem Nabel versehen, teils auf der Spitze eine Einsenkung aufweisend. Ihre Farbe unterschied sich nicht von derjenigen der umgebenden Haut. Beim Anstechen entleerte sich eine lymphartige Flüssigkeit. Die Cutis erwies sich als sehr fest und liefs sich nur mit Mühe von der Spitze einer Pravazspitze durchstechen. Die Epidermis war leicht verdünnt, die Papillen abgeplattet, das Rete Malpighii gar nicht infiltriert. Das Bindegewebe der Cutis war sehr dicht und schien verdickt zu sein. Die Lymphgefäfse vergröfsert, dilatiert und stellenweise in kleine Höhlen verwandelt. Obschon der Patient an verschiedenen Körpergegenden Syphilide aufweist, ist Verfasser doch von seiner ersten Ansicht, dafs es sich ebenfalls um solche handle, zurückgekommen

und hält die Affektion für eine zur Lymphangiektasia cutis zu rechnende Dermatose. Trotzdem besserte sich dieselbe ganz bedeutend unter dem Einflusse einer antiluetischen Behandlung. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von elephantiastischer Verdickung des rechten Vorderarmes bei einem Syphilitischen wird von ISAAC in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 5. December 1900 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 52) vorgestellt. Patient hat vor sieben Jahren Lues gehabt, ist mehrfach gründlich behandelt worden und hatte vor zwei Jahren eine schmerzlose Schwellung des rechten Handgelenks, die allmählich den ganzen Unterarm und das Ellenbogengelenk in Mitleidenschaft zog und noch besteht, sodafs der Arm um das Doppelte seines Volumens vergrößert ist. I. hält die Lues für die Ursache. An der Diskussion beteiligen sich VIRCHOW, welcher Lues nicht für die Ursache hält und BORCHARDT, welcher sich der Meinung ISAAKS anschließt. Nach erfolgter antiluetischer Therapie will I. den Fall wieder vorstellen.

Bernhard Schulze-Kiel.

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (nach *Allg. med. Centralztg.* 1900. No. 98) stellte CHOTZEN einen typischen **Fall von Erythema nodosum** vor. Diese Affektion gehört zu den Infektionskrankheiten; die Wirkung des auf embolischem Wege in die Haut gelangten Infektionsstoffes zeigt sich hauptsächlich im perivaskulären Gebiete (Bildung eines perivaskulären Zellmantels) und in starker Ödembildung; die eigentlichen Oberhautgebilde werden von dem Infektionsstoff gar nicht oder nur sehr unwesentlich angegriffen (leichte Schuppung). Aus welchen Gründen das Erythema nodosum sich mit Vorliebe an den Unterschenkeln entwickelt, ist vorläufig noch nicht zu erklären. *Göts-München.*

Ein Fall von „Drüsenfieber" in Verbindung mit Erythema nodosum, von B. THORNTON. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1900.) Ein sechsjähriges Mädchen erkrankte am 20. November 1899 plötzlich mit Übelsein, Magendrücken, heftigen Schmerzen am Halse und hochgradigem Fieber. Bald darauf konnten im linken vorderen Halsdreieck vergrößerte Drüsen gefühlt werden. Der Rachen zeigte bei der Untersuchung keinerlei Entzündungserscheinungen. Am folgenden Tage wurden auch die rechten Halsdrüsen befallen. Am 24. November traten an den Beinen einige kleine erythematöse Papeln auf, welche an Größe und Zahl zunahmen, bis am achten Tage der Krankheit das charakteristische Bild des Erythema nodosum vollendet war. Das Fieber hielt ca. vier Wochen an, als die Knoten verschwanden und die Drüsen anfingen zurückzugehen. Ob Rheumatismus, wie dies von anderen Fällen gemeldet wird, auch in dem vorliegenden die Ursache des Drüsenfiebers gewesen ist, ließ sich nicht eruieren. Salicylsaures Natrium im Beginn verordnet, hatte keinen merklichen Einfluß auf die Erscheinungen. Noch lange nach Ablauf des Drüsenfiebers bestand bei der Patientin eine tiefe Anämie und allgemeine Körperschwäche.

C. Berliner-Aachen.

Bericht über einen Fall von Dermatitis blastomycetica, von H. W. STELWAGON - Philadelphia. (*Am. Journ. med. scienc.* Febr. 1901.) Der 49jährige Patient zeigte bei der Aufnahme im April 1899 eine zunächst als unzweifelhafte Tuberculosis verrucosa cutis diagnostizierte Affektion des ganzen rechten Handrückens; dieselbe bestand aus einer $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll hohen, papillomatösen Erhebung mit einer mäßigen Infiltration am Rande. An einzelnen Stellen fand sich dünnes, schlecht entwickeltes Narbengewebe. Auf Druck entleerte sich eine seröse, auch serös-eitrige oder blutbaltige Flüssigkeit. Der Verlauf der Affektion, die bereits über ein Jahr bestanden hatte, war ein sehr langsamer, und dieselbe bestand, wenn auch wesentlich gebessert,

noch im September 1900. Eine besondere Erscheinung bestand in dem Auftreten zahlreicher Abscesse mit serös-eitrigem oder serösem Inhalt. Weder im Gewebe noch in der Flüssigkeit waren Tuberkelbacillen zu finden, wohl aber Strepto- und Staphylokokken und unzweifelhafte Hefezellen. Syphilis war auszuschliefsen, wenn auch die günstige Wirkung von Jodpräparaten für diese Diagnose zu sprechen scheinen könnte. Die beigegebenen photographischen Abbildungen geben eine gute Idee von der Beschaffenheit der erkrankten Teile. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Lichen obtusus, von G. Hügel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 50.) Der Verfasser beobachtete an einer 37jährigen Frau ein Krankheitsbild, das er als Lichen ruber obtusus bezeichnet, obwohl dasselbe von der von Unna gegebenen Beschreibung des Lichen obtusus in einer Beziehung abweicht. Unna giebt nämlich an, dafs im Centrum der einzelnen Papel beim Lichen obtusus eine Delle sitzt, die der Ausmündung eines Schweifsporus entspricht; aus dieser Delle läfst sich in den meisten Fällen eine Hornperle ausdrücken. Diese Delle nun fehlte bei allen Efflorescenzen des hier beschriebenen Falles, dagegen waren einzelne Papeln im ganzen nach der Mitte zu etwas abgeflacht. Im übrigen waren die Erscheinungen die des typischen Lichen obtusus. *Göts-München.*

Zur Elektrotherapie der roten Nase, von Max Weiss. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 42.) Gegen Dermatitis congelationis erythematosa und Acne rosacea der Nase empfahl Helbing 1894 den konstanten Strom. Verfasser verwandte dasselbe Verfahren, aber nach einer mehr den elektrotherapeutischen Anforderungen entsprechenden Methode. Eine mit Rheostat und Galvanometer versehene Batterie wurde benutzt. Die negative, grofse Elektrode wurde der Sternalgegend applizirt, die positive, kleine Thonerdeelektrode wurde stabil auf die Nase gesetzt. Langsames Ein- und Ausschalten des Stromes; Stromstärke, dafs ein stark prickelndes Gefühl entstand; Applikationsdauer auf jeder Stelle ca. 2—3 Minuten. Jedesmal bildeten sich ganz blasse, dünne Schorfplättchen, die nach 3—5 Tagen abfielen, eine hohe, epidermisierte Stelle zurücklassend. Beseitigung eines hochgradigen Stauungserythems in 14 Sitzungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die parasitäre Natur des Brustkrebses, von A. M. Sheild. (*Brit. med. Journ.* 16. Juni 1900.) Im Juni 1898 konsultierte den Verfasser eine 36jährige, verheiratete Frau wegen Jucken und Röte um die linke Brustwarze. Die Symptome bestanden seit sechs Monaten und wichen auf die gewöhnlichen Mittel nicht. Verfasser riet, da er Paget's Disease als vorliegend erachtete und in Abkratzpräparaten die sogenannten Psorospermien vorgefunden hatte, zur Entfernung der ganzen Brust, obwohl dieselbe keinerlei Induration in der Tiefe oder sonstige Zeichen von Carcinom aufzuweisen hatte. Die Patientin willigte schliefslich in die Operation ein, die lediglich eine Vorsichtsmafsregel bedeutete. Die mikroskopische Untersuchung der amputierten Brust ergab in der erkrankten Haut die typischen Anzeichen der malignen Dermatitis oder der Paget'schen Krankheit, dagegen keinerlei Anzeichen von Carcinom in der Brustdrüse darunter. Die Patientin befand sich wohl, bis sie April 1900 einen kleinen Knoten in der Haut neben dem sternalen Ende der Narbe wahrnahm und sich wiederum dem Verfasser vorstellte. Die Schwellung war hart, erbsengroß und gerötet. Im Mai wurde dieselbe excidiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzellencarcinom mit Bindegewebshypertrophie. Die Schnitte zeigen jene Vakuo-

lation der Epithelzellen, welche oft als Psorospermien beschrieben worden sind. Der Fall beweist die außerordentlich infektiöse Natur der Paget'schen Krankheit. Sie greift schon eher Platz, als man für gewöhnlich glaubt. Der Fall deutet auch auf einen parasitären Ursprung des Carcinoms hin, da man sich kaum denken kann, daß die „Zellproliferation", ohne das dazwischenliegende Drüsengewebe berührt zu haben, sich so weit ausgedehnt haben sollte. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle von Kankroid, geheilt durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen, von Thor Stenbeck-Stockholm. Bei einer 53jährigen Frau war vor einem Jahre auf der Nase ein kleines kraterförmiges Geschwür aufgetreten; die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Epitheliom handelte, das wahrscheinlich auf lupösem Grunde entstanden war. Die Behandlung, bestehend in Bestrahlung mit Röntgenstrahlen, konnte aus äußeren Gründen nur in einzelnen, durch mehrwöchentliche Zwischenräume getrennten Abschnitten stattfinden, führte aber trotzdem zu vollständiger Vernarbung des Geschwürs; die neu gebildete Haut sieht beinahe normal aus, sie ist nur ziemlich dünn.

Der zweite Fall, veröffentlicht in den *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1900, 6. Bd., 3. Heft, betraf eine 72jährige Frau, bei der seit neun Jahren ein typisches Ulcus rodens auf der Nase bestand; die Diagnose war allerdings nur eine klinische, mikroskopische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden. Die Patientin wurde täglich 10—12 Minuten lang mit mittelkräftigen Röntgenstrahlen bei 15—20 cm entfernter Lampe beleuchtet. Nach 35 Sitzungen begannen die Geschwüre sich zu reinigen und mit einer dünnen glatten Epidermis zu überziehen. Daraufhin wurde die Intensität der Beleuchtung verstärkt und es trat alsbald vollständige Heilung ein. Da seit dem Abschluß der Behandlung erst kurze Zeit vergangen ist, läßt sich die Frage, ob es sich um eine definitive Heilung handelt, noch nicht entscheiden.

Götz-München.

Ungewöhnliche Form von Ulcus rodens, von F. T. Paul. (*Brit. med. Journ.* 17. Nov. 1900.) Der 43jährige Patient zeigte auf der linken Seite des Gesichts, nahe dem unteren Augenlide einen sehr großen Tumor, dessen Struktur dem Drüsentypus des Ulcus rodens angehörte. Im Alter von 19 Jahren hatte der Patient sich an der erkrankten Stelle gestoßen. Die Wunde wollte niemals recht heilen und wurde von verschiedenen Ärzten exzidiert, um nach einiger Zeit zu recidivieren. Seit dem letzten Recidiv hat der Tumor bedeutend an Umfang gewonnen. Der Verfasser glaubt, daß alle Formen des Ulcus rodens Varietäten des Carcinoma der Hautanhänge seien. Die gewöhnliche Form sei ein Carcinom der Talgdrüsen, während der vorliegende Fall wahrscheinlich seinen Ausgang in den Schweißdrüsen genommen habe.

C. Berkiner-Aachen.

Formalin bei Ulcus rodens, von F. Wyatt-Smith. (*Brit. med. Journ.* 27. Jan. 1900.) Ein 76jähriger Arbeiter hatte auf der rechten Wange ein Ulcus rodens, das er sich nicht operieren lassen wollte. Verfasser applizierte auf das Geschwür ein in 20%ige Formalinlösung (mit Glycerin und Wasser bereitet) getauchten Wattetampon und schützte die umgebende gesunde Haut durch Kollodium. Zwei Tage darauf waren die Granulationen weiß und bröckelich und wurden mit einer Pinzette leicht abgerissen. Hierauf geschah die Applikation von neuem und wurde jeden zweiten Tag wiederholt, bis nach siebenmaliger Repetition sich eine feste Blutkruste gebildet hatte, die von der Formalinlösung nicht mehr angegriffen wurde. Nach acht Wochen war die Wunde mit Hinterlassung einer dünnen, glatten Narbe vollständig abgeheilt.

C. Berliner-Aachen.

Resorcin bei Ulcus rodens und Krebsoperationen, von J. E. Blomfield. (*Brit. med. Journ.* 2. Juni 1900.) Der Verfasser behandelte im Jahre 1891 einen Patienten mit typischem Epitheliom der Unterlippe. Dasselbe wurde im Mai 1891 operiert; im Juni 1892 stellte sich ein Rezidiv ein, welches excidiert wurde. Im September desselben Jahres entwickelte sich zum zweiten Male ein Rezidiv. Auch dieses operierte der Verfasser, nur bepuderte er dieses Mal die Wunde mit Resorcin, welches die Heilung zwar in die Länge zog, aber ein um so besseres Endresultat ergab. Der Patient blieb seitdem von weiteren Rezidiven verschont. — Jüngst heilte Verfasser ein typisches Ulcus rodens innerhalb von 5—6 Wochen durch Einreiben der Wunde mit Resorcin, das an jedem Abende nach Entfernung der Kruste applizirt wurde. Wenn starke Reizung auftrat, so wurde das Verfahren für einige Zeit eingestellt. *C. Berliner-Aachen.*

Die Hautepitheliome, von J. Viñeta - Bellaserra. (Barcelona 1899.) Verfasser giebt eine kurze Beschreibung der verschiedenen Formen von Hautepitheliomen (Pagetsche Krankheit etc.) und der Hautaffektionen, welche zur Entwickelung von Epitheliomen führen (Xeroderma pigmentosum, Psorospermosis follicularis vegetans etc.) unter Ausschluſs der sogenannten gutartigen Formen. Neben der Symptomatologie wird auch die Behandlung besprochen. Neues bringt die Arbeit nicht. *C. Müller-Genf.*

Entwickelung eines Hautendothelioms im Narbengewebe von Lupus vulgaris; Angiosarkom der Haut, von J. A. Fordyce-New York. (*Am. Journ. med. scienc.* Aug. 1900.) Eine 46jährige, unverheiratete Patientin kam wegen eines seit 15 Jahren mit mehr oder weniger Erfolg behandelten Lupus vulgaris des Vorderarmes zum Verfasser. Nach ausgiebigem Kurettieren und Anwendung von Zinkchlorid heilten die Läsionen prompt, aber in dem von einer früheren Excision stammenden Narbengewebe entwickelte sich ein gut erbsengroſser Tumor, welcher bei elektrolytischer Behandlung noch zunahm und deshalb excidiert wurde. Histologisch erwies sich derselbe als eine das ganze Derma durchsetzende Ansammlung von unregelmäſsigen, rundlichen, ovalen und länglichen Zellen, welche groſse Ähnlichkeit mit einem Endotheliom darbot, sich aber durch das Vorhandensein von central gelegenen, rote und weiſse Blutkörperchen sowie Fibrinmassen enthaltenden Hohlräumen (teils mit teils ohne eine auskleidende Membran von dünnen länglichen Zellen) davon wiederum unterschied. Die Epidermis sowie die Drüsengebilde zeigten keinerlei Zusammenhang mit dem Tumor, erstere war vielmehr, offenbar infolge des erlittenen Druckes, deutlich atrophisch. Im Anschluſs an diesen als ein Unikum beschriebenen Fall bespricht F. noch einige schwierige Punkte in Bezug auf Ätiologie und Anatomie der Epi- und der Endotheliome. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Angiosarcoma cutis plexiforme melanoticum, von Julius Steinhaus. (*Centralbl. f. allg. Pathol. etc.* 1900. No. 21.) Aus einem Pigmentmal am Oberschenkel entwickelte sich bei einem 43jährigen Manne eine faustgroſse, weiche, bräunliche, ulcerierende Geschwulst mit Vergröſserung der Inguinaldrüsen. Das Mikroskop ergab ein Angioma plexiforme, welches sonst nicht aus einem Pigmentmal hervorzugehen pflegt. Die maligne Umwandlung dieser führt gewöhnlich zu Alveolärsarkomen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Anwendung des Arsens bei krebsigen und anderen malignen Neubildungen, von S. Sherwell - Brooklyn. (*Med. Record.* 28. April 1900.) Verfasser verwendet mit Vorliebe die kaustische Methode in der Therapie maligner Tumoren und benutzt als Ätzmittel besonders das Hydrargyrum nitricum in 50prozentiger saurer

Lösung. Die Dauer der Anwendung, welche in Bestreichen mit einem in die Lösung getauchten Tampon nach vorausgegangener Auskratzung besteht, beträgt von fünf bis zu dreifsig Minuten. Hierauf Neutralisierung durch einen Verband von Natrium bicarbonicum-Lösung. Kombination der Ätzmethode und des chirurgischen Verfahrens sind unter Umständen angezeigt. Nach Ansichts Sherwells kann man nach seiner Methode die meisten Hautkrebse mit relativ schönem kosmetischen Resultat zur Heilung bringen, sofern noch keine Lymphdrüsen ergriffen sind. Die vorgeschlagene Ätzmethode des Verfassers verursacht zwar heftige Schmerzen, dieselben lassen aber schnell nach, im Gegensatz zu Arsenätzpasten. Aufserdem giebt Sherwell vom dritten Tage nach dem Eingriff an Arsen in grofsem Umfange. Hierdurch will Verfasser Rezidive verhindern. Auch hat er nach seinen Angaben auf diese Weise schon Tumoren zum Verschwinden gebracht, deren Natur durch histologische Untersuchung als zweifellos sarkomatös festgestellt worden war. *Hopf-Dresden.*

In der Société médicale des hopitaux zu Paris (Sitzung vom 6. Juli 1900; nach *Journ. d. pratic.* 1900. No. 29) stellten Louis Rénon und Henri Dufour einen Kranken vor, an dem eine der Recklinghausenschen Krankheit ähnliche **allgemeine knotenförmige Dermophosphatofibromatose mit Pigmentierung der Haut** zu konstatieren war. Bei dem Kranken sind im Verlaufe der letzten drei Jahre, nachdem eine Reihe von langdauernden rheumatischen Schmerzanfällen vorausgegangen war, am linken Oberarm, an der linken Ellenbogenbeuge, den Hinterbacken, Hüften, Schenkeln, sowie am Skrotum aufserordentlich zahlreiche, kleine, harte, unmittelbar unter der Haut gelegene, wenig schmerzhafte Knötchen aufgetreten. Dieselben bestehen einerseits aus fibrösem Gewebe und Plattenepithelzellen, andererseits aus dreibasisch-phosphorsaurem Kalk. Krampfartige Muskelschmerzen, leichte Hyperästhesie, Muskelatrophie, Retraktion der periartikulären Gewebe und dadurch bewirkte leichte Ankylose der Gelenke, hellbraune Pigmentflecken an verschiedenen Partien der Haut, Dystrophie der Talgdrüsen der Skrotalhaut sind aufserdem noch in diesem rätselhaften Krankheitsbild, das am meisten wohl der Recklinghausenschen Krankheit gleicht, zu finden. Infolge der Eigenart der Affektion wollen die Autoren keine bestimmte Diagnose stellen. *Götz-München.*

Ein Fall von von Neuro-fibromatosis universalis mit Pseudo-Neurom des Vagus, von B. G. A. Moynihan-Leeds. (*Lancet.* 5. Jan. 1901.) Patient, ein 37jähriger Mann, hatte von Geburt an disseminierte Tumoren von Stecknadelkopf- bis Wallnufsgröfse am ganzen Körper dargeboten; daneben ausgedehnte, milchkaffeefarbene Pigmentierungen. Sechs Wochen vor der Aufnahme hatte er an der linken Seite des Halses eine nufsgrofse Schwellung bemerkt. Namentlich bei Druck auf dieselbe traten Hustenanfälle und Atemnot ein. Die Geschwulst wurde mitsamt ein paar Centimetern des Vagus mit bestem Erfolg reseziert. Die anatomische Diagnose lautete auf Pseudo-Neurom, doch erinnerten die histologischen Verhältnisse in mancher Beziehung an Sarkombildung und das Garrèsche sekundäre maligne Neurom. Beim Vater und zwei Onkeln des Patienten waren ähnliche Tumoren und Pigmentierungen vorgekommen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zahlreiche Vegetationen an den Zitzen einer Kuh; multiple Ansteckung bei mehreren Hausbewohnern, von Aubert. (*Lyon méd.* 1900. No. 50.) Verfasser hatte zwei Landleute, Mann und Frau, zu untersuchen, ersteren wegen zahlreicher warzenartiger Wucherungen an der inneren Fläche des Präputiums, letztere wegen identischen Gebilden in der Umgebung des Anus und an den grofsen Schamlippen. Ein Sohn dieser Eheleute hatte ebenfalls an den Fingern dieselben Auswüchse gezeigt,

welche schubweise auftraten und wieder spontan verschwanden. Es zeigte sich, daß sich alle, direkt oder indirekt an einer Kuh inficiert hatten, deren vier Zitzen mit spitzwarzenartigen Exkrescensen förmlich übersäet waren. Zuerst war die Frau, welche die betreffende Kuh molk, erkrankt, diese inficierte sodann auf normalem Wege den Mann. Aus dieser Beobachtung schließt der Verfasser, daß die Warzen von Tieren auf den Menschen übertragen werden können. Vielleicht kann selbst die Milch die Vermittlerrolle spielen. *C. Müller-Genf.*

Heilung von multiplen Warzen durch Revaccination, von J. D. Spicer-Bristol. (*Lancet.* 22. Sept. 1900.) Ein 15jähriges Mädchen zeigte an beiden Händen zahllose Warzen; an der einen allein hatte sie 94 gezählt. Nach Versagen örtlicher Mittel wurde versuchsweise eine Kuhpockenimpfung in der behufs Immunisierung üblichen Weise vorgenommen. Die Warzen sollen nach etwa 7 Wochen angefangen haben zu verschwinden, und jedenfalls war drei Monate später keine Spur mehr davon zu sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kasuistik und Diagnostik der Akanthosis nigricans, von E. Heuss-Zürich. (*Comptes rendus du XII. Congrès international de Médecine.* Moskau 1900.) Verfasser berichtet über einen Fall von Akanthosis nigr. bei einer 42jährigen, an Mastdarmcarcinom leidenden Wäscherin, in deren Familie mehrere Krebserkrankungen vorgekommen sind. Interessant ist die Beobachtung sekundär-atrophischer Erscheinungen an der Stachel- und Papillarschicht; von besonderer Wichtigkeit die Thatsache, daß auch die sogenannten normalen Hautpartien bei genauer Untersuchung mittelst Lupe und Druckglas eine ausgeprägtere Zeichnung der Oberhautfelderung und innerhalb der Felder eine feine Oberflächenpunktierung (hypertrophische Papillarköpfe) erkennen ließen, ein Befund, der auch mikroskopisch erklärt werden konnte. Vielleicht ist also die Akanthosis n. eine Erkrankung der allgemeinen Körperdecke. — Differentialdiagnostisch betont Verfasser gegenüber der Psorospermosis vegetans das Fehlen jeder Auflagerung von Schuppen, Krusten, Fett etc. und die allgemeine Trockenheit der Haut und ihrer Anhänge. *A. Loewald-Cassel.*

Umfangreiches Adenoma sebaceum des Gesichts, von G. Cunier und Lambret-Lille.) (*Revue de Chir.* 10. Aug. 1900.) Krankengeschichte: Ein 56jähriger Musterzeichner kam wegen einer seit etwa acht Jahren allmählich gewachsenen, faustgroßen Geschwulst an der linken Parotisgegend zur Aufnahme. Seit etwa zwei Jahren ist das Wachstum ein rapideres gewesen, und Patient ist durch wiederholte Blutungen aus den stellenweise ulcerierten und stinkenden Neubildungen schwach und blutarm geworden. Die Operation bot keine erheblicheren Schwierigkeiten dar, doch wurde es für nötig befunden, in Anbetracht der wahrscheinlichen Malignität der Affektion die ganze fibröse Unterlage der Geschwulst bis zum Freilegen des Masseters abzutragen, was eine vollständige Facialisparalyse abgesehen von einem mäßig langen Granulationsprozeß bedingte. — Die mikroskopische Untersuchung ergab ein zweifellos benignes, hauptsächlich aus acinös angeordneten Epithelzellen bestehendes Gebilde, welches eine verdickte Wand von Keratinsubstanz zeigte und mehr oder weniger fein verteilte Fettmassen enthielt. Namentlich fehlte jegliches Hineinwuchern in die Lymph- und Blutbahnen und die sonstige Umgebung. Daß der Tumor von Talgdrüsen ausgegangen war, konnte nach der Beschaffenheit der Zellen nicht zweifelhaft sein, wenn auch vielfache Modifikationen stattgefunden hatten. Es handelte sich also um ein einfaches Adenom, welches von den Verfassern definiert wird als eine Vergrößerung und Neubildung von Drüsenacini mit einer mehr oder weniger ausge-

sprochenen Veränderung der Lagerung der ursprünglichen Gebilde (Paratypie) mit regelmäfsigem Fehlen von Heterotopie und mit gutartigem Charakter. Leider besteht noch vielfach Unklarheit über den Begriff des Adenoma sebaceum, namentlich auch durch die Einführung der unzweckmäfsigen Bezeichnung Epithelioma sebaceum primitivum durch Bérard. Allerdings sind zwei Klassen von Talgdrüsenadenomen zu unterscheiden: 1. Das einfache Adenom: ohne Veränderung des Stromas (Fälle von Bock, Rindfleisch, Monti, Bérard [zweite Beobachtung] und der vorliegende).

2. Adenoma complicatum mit verschiedentlicher Entartung des Stromas und der Gefäfswände (Fälle von Poncet, Barlow) Beide sind gutartige Bildungen.

Philippi-Bad Salzuflen.

Naevus flammeus dolorosus, von Ciarrocchi. (*Aus d. Verh. d. ital. Ges. f. Derm. u. Syph.* Bd. III. 1899.) Der Fall betrifft eine 44jährige Frau mit einem Naevus angiomatos. flammeus oder Naevus vasomotorius, welcher ungefähr zweidrittel der linken Körperhälfte mit Ausschluls des Kopfes umfafste. Das Interessante an diesem Falle ist der Umstand, dafs die Patientin während ihres Lebens viermal einen komplizierenden Symptomenkomplex dargeboten hat, der sich stets unter genau denselben Erscheinungen wiederholte: Mitten im besten Wohlbefinden wurde die Patientin von einer unüberwindlichen Somnolenz befallen, wobei sie genötigt war, sich an der Stelle, wo sie sich eben befand, niederzulegen und einzuschlafen. Einige Tage später stellten sich im linken Beine Schmerzen ein; die an sich blafsrote Farbe des Naevus wurde von Tag zu Tag intensiver, um schliefslich dunkelviolett zu werden; die Haut ward gespannt, glänzend, ödematös, es traten Blasen auf, aus denen sich eine sehr reichliche seröse Flüssigkeit ergoss. Die Körpertemperatur stieg und dieses Fieber dauerte jeweilen in allen vier Anfällen genau 20 Tage. Während der ganzen Dauer desselben dauerte die seröse Sekretion unaufhörlich an, die neuralgischen Schmerzen verbreiteten sich über das ganze Gebiet des Naevus und zeigten nachts eine vermehrte Intensität. Stellenweise bildeten sich Geschwüre aus, welche unter Hinterlassung von Narben, beim Nachlassen des Fiebers gleichzeitig mit den übrigen Erscheinungen zurücktraten. Die Fiebertabelle zeigt einen vollständig atypischen Verlauf mit sprungweisem Ansteigen und Sinken der Kurve. Desquamation wurde nach einem derartigen Anfalle niemals beobachtet. Verfasser schliefst die Annahme einer Infektion irgend welcher Art mit Lokalisation auf dem Naevus als locus minoris resistentiae vollständig aus, glaubt dagegen, dafs es sich um eine nervöse Störung von vorherrschend vasomotorischem Mechanismus gehandelt habe, wie dies bei neuropathisch angelegten Naturen nach Art der betreffenden Patientin nicht selten vorkommt. Er bringt den Fall in Einklang mit der Theorie von Simon, Campana, Bärensprung, wonach die Naevi in direkten Zusammenhang gebracht werden mit Störungen des Nervensystems. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Xanthoma tuberculosum der Gesäfsgegend, von Dubois-Havenith. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 49.) Die Affektion zeichnet sich in diesem Falle ausschliefslich durch ihren ungewohnten Sitz in der ganzen Glutaealgegend aus. Aufserdem bestanden zahlreiche Tumoren derselben Natur an den Ellenbogen und Knien, Stellen, welche hauptsächlich anhaltendem Drucke ausgesetzt sind. Im Urin konnte niemals Zucker nachgewiesen werden. *C. Müller-Genf.*

Jod-Jodkaliumsalbe bei Chalazion. (*La Semaine méd.* 1900. No. 42.) Statt diese kleinen Tumoren der Meibomschen Drüsen auf operativem Wege zu entfernen, wie dies meist empfohlen wird, rät Strzeminski-Wilna, dieselben durch Bestreichen mit einer in folgender Weise zusammengesetzten Salbe zu behandeln:

Jodi puri.	0.20
Jodkalium	0,60
Lanolini	4,0
Vaselin. liqu.	
Aqua dest.	ad 0,80

Mit dieser Salbe werden allabendlich unter sanftem Reiben die Augendeckel eingestrichen. Verfasser hat die Hälfte der so behandelten Fälle in Zeiträumen von 2 bis 8 Wochen (!) heilen sehen. *C. Müller-Genf.*

Über einen günstigen Erfolg durch Behandlung mit Nebennieren-Tabletten in einem Falle von Morbus Addisonii, von PAUL EDEL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 52.) In einem seit sechs Monaten bestehenden Fall von Morbus Addisonii trat wenige Tage, nachdem mit der Verabreichung von Suprarenintabletten (zweimal täglich 2 Tabletten à 1,0 Extrakt) begonnen worden war, eine unverkennbare, täglich zunehmende Besserung aller subjektiven und objektiven Symptome ein; insbesondere hob sich der Kräftezustand sehr rasch, während die abnorme Pigmentierung bald deutlich und stetig abnahm. 1½ Monate nach Beginn der Organotherapie erkrankte der Patient unter meningitischen Erscheinungen. Als infolge dessen die Verabreichung der Tabletten ausgesetzt wurde, trat sehr bald die frühere Bronzefärbung wieder auf. Der Patient starb nach 7 Tagen. Die beobachtete auffällige Besserung muſs nach dem ganzen Verlaufe ausschlieſslich als Folge der eingeleiteten Organotherapie betrachtet werden. *Göts-München.*

Eine Familie mit ADDISONscher Krankheit, von R. A. FLEMMING und J. MILLER. (*Brit. med. Journ.* 28. April 1900.) Die Verfasser beschreiben die Krankheit an einer Mutter und vier Kindern. Während der ersten Gravidität bekam die Mutter eine dunkle Hautfarbe, gleichzeitig litt sie an groſser Schwäche, die bei den darauffolgenden Schwangerschaften stetig zunahm. Auch die Pigmentation wurde immer intensiver. Gegenwärtig klagt die Mutter über allgemeine Körperschwäche, heftige Diarrhoe, Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Herzklopfen und Schmerzen im Rücken bis hinauf zu den Schultern. Am Körper sieht man, abgesehen von der allgemeinen dunklen Hautfarbe, noch zahlreiche kleine, dunkle, fast schwarze, hirsekorn- bis linsengroſse Flecke. Am stärksten sind von denselben Gesicht, Rücken und Abdomen befallen. Die Patientin leidet an heftiger Dysmenorrhoe und Leukorrhoe und an intensiven Kopfschmerzen. Der Harntraktus erscheint normal. — Das erste Kind, ein 7jähriges Mädchen, wurde vor vier Jahren im Anschluſs an eine Gastritis dunkel. Die dunkle Farbe hat stetig zugenommen. Auch hier sieht man am ganzen Körper schwarze Flecke und Muttermäler. Die Patientin klagt über häufige Anfälle von Unwohlsein, Diarrhoe, Kopfschmerzen und Schwäche, daſs es ihr oft unmöglich ist, in die Schule zu gehen. — In ganz ähnlicher Weise, wenn auch in etwas geringerem Grade, sind die drei anderen Kinder (1 Mädchen von 4, ein Knabe von 3½, ein Mädchen von 2½ Jahren) befallen. In allen Fällen zeigte sich die Schleimhaut des Mundes und der Lippen pigmentiert und zwar immer in einem dem Alter der Patienten entsprechenden mehr oder weniger starken Grade. — Aufschlüsse über die Ätiologie und eine etwaige Heredität der ADDISONschen Krankheit werden vielleicht der weitere Verlauf und eingehende Studien in den vorliegenden Fällen geben.
C. Berliner-Aachen.

Die Opotherapie bei der ADDISONschen Krankheit, von GARGANO. (*Riv. critica di Clin. med.* 1900. No. 35.) Verfasser stellt die Ansichten der verschiedenen Autoren nebeneinander, welche die Opotherapie bei dieser Affektion empfohlen und

widerraten haben. Er giebt mehrere Formeln an für die Bereitungsweise des innerlich zu verabreichenden oder subcutan zu injicierenden Nebennierenpräparates und meint, dafs die Frage über die Indikationen oder Kontraindikationen der Opotherapie überhaupt noch gar nicht entschieden sei, doch giebt er der innerlichen Verabreichung den Vorzug vor der subcutanen Injektion, da erstere gefahrloser sei.

C. Müller-Genf.

Eine eigentümliche Pigmentanomalie, von T. D. Savill. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1900.) Die 24jährige, von Kopfschmerzen geplagte, tuberkulöse Patientin bekam vor 8 bis 9 Jahren im Anschlufs an eine Verletzung an verschiedenen Stellen der Beine und des Stammes erythematöse, erhabene Effloreszenzen. Dem Ausbruch derselben ging ein brennender Schmerz voran. Etwa zwei Tage später entwickelten sich aus den Effloreszenzen Bläschen mit einem dunkelbraunen, serösen Inhalt. Wenn auch zeitweilig Besserung eintritt, so ist die Patientin doch nicht mehr ganz frei von der Affektion geblieben, die eine gewisse Ähnlichkeit mit hämorrhagischem Pemphigus hat, jedoch den Beschreibungen des letzteren nicht entspricht.

C. Berliner-Aachen.

„Vaches." — Unter dieser Bezeichnung versteht man im Lyoner Dialekt eine fast ausschliefslich bei Frauen vorkommende **Pigmentation der Beine**, welche offenbar der Hitze durch die Fufswärmer ihre Entstehung verdankt. Ein grofser Teil der weiblichen Bevölkerung ist nämlich mit der Fabrikation von Spitzen beschäftigt, bei welcher sitzenden Arbeit sich die Arbeiterinnen Fufswärmer mit glühenden Kohlen bedienen. Es entsteht dadurch mit der Zeit eine marmorartige Pigmentation der Beine, welche Affektion der Volksmund wegen der Ähnlichkeit mit schmutzigen Kuhbeinen „vaches" oder „maquereaux" genannt hat. (*Lyon med.* 1900. No. 45.)

C. Müller-Genf.

Regressive Ernährungsstörungen.

Eine neue Operation für Hämorrhoiden, von Ellsworth Eliot-New York. (*Med. News.* 1. Dez. 1900.) Da gelegentlich trotz vorgenommener Erweiterung des Sphinkter hartnäckige Ulcerationen die Rekonvalescenz nach den gewöhnlichen Operationen der Hämorrhoiden hinauszieht und oft von der Entwickelung einer Stenose gefolgt ist, so ersann E. ein Operationsverfahren, wodurch diese unangenehme Komplikation ausgeschlossen sein soll. Durch zwei bogenförmige (gekrümmte) Incisionen werden die Knoten losgelöst, an der Basis mit festem Katgut unterbunden und die Hämorrhoidalmassen dann entfernt; der rechtwinkelige Schleimhautlappen wird an die Haut angenäht und irgend eine Eiterretention dadurch verhütet, dafs das Katgut lang abgeschnitten wird und dessen zwischen den Nähten vorsehende Enden gleichsam als Drain wirken. Diese selbe Art der Operation wird an nicht mehr wie zwei anderen Stellen, wo die Hämorrhoiden am meisten hervorragen, wiederholt und sterile Gaze eingelegt, nachdem zuvor eine mit Jodoformgaze umwickelte Sonde in das Darmlumen eingeführt ist, um dem Entweichen von Gasen oder Darminhalt freien Lauf zu lassen. Ein weiterer Vorteil dieses Operationsverfahrens soll in der Möglichkeit bestehen, alle Geschwürsflächen an der Basis der Hämorrhoiden gründlich zu entfernen; die beigegebenen Zeichnungen machen erst das Verfahren verständlich.

Stern-München.

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Levy. (*Wratsch.* 1900. No. 35.) Verfasser beschreibt die von Prof. Schweninger in der Charité geübte Methode. Dieselbe besteht in einer zirkulären Incision einen Querfingerbreit in der

Umgebung des Ulcus. Zur Blutstillung wird das Geschwür nach der Operation mit 1¼% Eisenchloridwatte bedeckt, welche 2—3 Tage liegen bleibt. Die weitere Behandlung besteht in Ruhe und Kompressen aus Bleiessig. *Arch. Journ.-Medan.*

Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs, von C. L. Schleich-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1901. No. 1.) Nach Besprechung der Pathologie und der gebräuchlichen Therapie bei dem hartnäckigen Ulcus cruris giebt Verfasser seine Methode an, mit welcher er geradezu glänzende Resultate erzielte. Der Kernpunkt des Angriffs ist nicht das Geschwür, sondern die ganze hyperplastische Extremität. Nach Reinigung des Unterschenkels mit Marmorseife werden 3—4 Eßlöffel der Peptonpaste (Peptoni sicc. Witte, Amyl. tritici, Zinkoxyd aa 20,0, Gummi arab. subt. pulver. 40, Lysol gtt. 15, Ol. Melissae gtt. 5, Aq. dest. q. s. ut. f. Pasta Schleich) über den ganzen Unterschenkel bis in die Umgebung des Ulcus verstrichen. Auf das Ulcus selbst wird Glutoformum dünn aufgepulvert und ein Bausch Krüllgaze daraufgedeckt. Die Ränder des Peptonanstriches werden mit dicken schmalen Wattestreifen geschützt. Darauf folgt der absolut exakt ohne Falten angelegte Verband. Über demselben werden gleichfalls unter starkem Zug zwei gestärkte Gazebinden gedeckt. Der Verband wird alle 5—6 Tage gewechselt, und können die Patienten ruhig ausgehen. Der Erfolg ist meist glänzend und empfiehlt Verfasser seine Methode aufs Wärmste. Schmerzen bestehen nur in den ersten Tagen, Nachteile sind nicht vorhanden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zum Studium der Therapie des Ulcus varicosum, von Paul Delbet. (*Presse méd.* 1900. No. 95.) Verfasser übt zur Beseitigung torpider varicöser Beingeschwüre die Unterbindung und Durchschneidung der Vv. saphenae und eine Lösung und Trennung der Bündel des N. ischiadicus und hat damit vorzügliche Resultate erzielt. *Hopf-Dresden.*

Über Varicen, von W. Thorburn. (*Brit. med. Journ.* 17. Nov. 1900.) Unter Varix versteht der Verfasser die permanente Dilatation einer Vene. Sie kann angeboren oder erworben sein, durch Schwäche der Wände oder der Venenklappen, durch Behinderung des Abflusses oder durch vermehrten Zufluß des Venenblutes bedingt sein. Der Verfasser bespricht eingehend die Ätiologie, die Entwickelung, Komplikationen und Therapie der Varicen. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten, von F. Jensen. (Inaug.-Dissert. Kiel 1900.) Zur Behandlung der Varicen der unteren Extremitäten wurden von jeher zwei Methoden angewandt, die mechanische und die operative, erstere empfehle sich nur für leichte Fälle. Verfasser schildert darauf eingehend beide Methoden an der Hand aller über dieses Gebiet existierenden Publikationen, besonders verweilt er ausführlich bei drei operativen Verfahren von Trendelenburg (Unterbindung der Vena saphena magna mit teilweiser Resektion), Schede (Zirkelschnitt) und Madelung (Ausschälung der Varicen.) Er berichtet im Anschluß daran über die Resultate von 14 Fällen, die im Freimaurer-Krankenhause zu Hamburg operiert wurden und zwar 13 nach Madelung, 1 nach Trendelenburg. Als Vorzüge des Madelungschen Verfahrens bezeichnet J.: 1. Es ist anwendbar in Fällen, wo die mechanische Behandlung nicht zum Ziele führte und wo das Trendelenburgsche Verfahren keine Aussicht auf Erfolg bietet. 2. Die Erfolge sind größtenteils dauerhaft. 3. Die Gefahren sind für den Patienten, trotz der oft erforderlichen großen Schnitte nicht groß. 4. Die Größe des Eingriffs steht nicht im Mißverhältnis zu dem erreichbaren Nutzen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Alopecie, von A. Buschke-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 53.) Angeregt durch eine Arbeit Giovannini's (Januarheft 1899 der *Dermatolog. Zeitschr.*), welcher bei zwei Patienten starken Haarausfall nach Verabreichung von Thalliumacetat beobachtet hat, stellte Verfasser eingehende Versuche mit diesem Mittel teils subcutan, teils per os bei Tieren, besonders Mäusen an. Das Resultat war, daß bei längerer Anwendung selbst sehr kleiner Mengen sich an Alopecia areata erinnernder Haarausfall fast immer einstellte, auch diffuser Haarausfall trat in einzelnen Fällen später ein. Auf die theoretische Erklärung dieser Thatsache geht Verfasser vorläufig nicht näher ein.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mittel gegen Haarausfall, von Twisselmann. (*Zeitschr. f. Kosmetik* IV. No. 16.) Rp. Weingeist 10, Tannin 5, Kölner Wasser 2, Senfgeist 10, Franzbranntwein 60 g. Der Haarboden wird abends mit einer milden Seife unter Zusatz von etwas Lysolin etc. abgewaschen und nach dem Abtrocknen auf die noch feuchte Kopfhaut die genannte Flüssigkeit aufgetragen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über eine besondere Form der Alopecia areata berichtet in der Russ. Medizin. Gesellschaft an der Warschauer Universität am 28. Okt. 1900 Nikolaew. Es handelt sich um ein 14jähriges, nervös beanlagtes Mädchen, bei dem kurz vor und nach dem Eintritt der ersten Menses und später neben anderen interessanten nervösen Symptomen folgende Erscheinungen konstatiert wurden. In regelmäßigen Intervallen tritt plötzliches Ausfallen der Kopfhaare in runden Flecken ein, wobei aber das Haar nicht zusamt den Wurzeln ausfällt, sondern 1/2—1—2 mm über der Haut abbricht. Am auffallendsten ist das plötzliche Auftreten des Übels; so sieht z. B. Patientin während des Klavierspiels und bei Neigung des Kopfes einen Haarbüschel herabfallen. Der Haarausfall dauert 2—4 Tage und kehrt erst nach einer bestimmten Zeit mit einer gewissen Regelmäßigkeit wieder für nur einige Tage. Namentlich besteht ein gewisser Zusammenhang mit dem Auftreten der Menses: sobald diese sistieren, tritt der Haarausfall wieder auf. Sonst ist das Leiden bei regelmäßig eintretender Menstruation nur selten und einmal nach einem Fall während des Turnens bemerkt worden. Patientin zeigt außerdem zuweilen Akkommodationsstörung (plötzliches Undeutlichwerden der Noten beim Lesen), halbseitige Hyperästhesie und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme — also Symptome der Hysterie. Was den Haarausfall betrifft, so nimmt Vortragender in diesem Fall eine besondere Form der Alopecia areata („tonsurans") auf hysterischer Basis an. Gegen die Annahme einer Trichorrhexis nodosa spricht das Fehlen der Knoten, das fleckweise Auftreten des Leidens und die Lokalisation. Dagegen spricht die rundliche Form, das plötzliche Auftreten, die Abhängigkeit von nervösen Einflüssen — mehr für das Bild der Alopecia areata, bei der man übrigens auch Brüchigkeit des Haares in der Nähe der kahlen Stellen oft genug bemerkt. *H. Löwenson-Riga.*

Alopecia areata, von Sabouraud. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 39.) In Frankreich werden unter dem Namen Pelade zumeist alle in Scheibenform auftretenden Alopecien, die idiopathischen sowohl wie die symptomatischen, verstanden. Nach Ansicht des Verfassers aber muß der Name Pelade ausschließlich für die rein idiopathischen Alopecien, also für die Formen, die wir in Deutschland Alopecise areatae nennen, reserviert bleiben. Auch dann fallen noch mehrere, von einander verschiedene Krankheiten unter diesen Begriff. Sabouraud unterscheidet zwei Hauptformen; die schlangenförmige Pelade oder Alopecia areata (Ophiasis nach Celsus) und die seborrhoische (nach Bateman). Die erstere Form ist im späteren Kindesalter häufiger als

bei Erwachsenen, beginnt zumeist am Hinterhaupt und breitet sich von da nach beiden Seiten aus. Die Affektion verläuft sehr langsam und heilt zur Zeit der Pubertät oft spontan aus; übertragbar ist sie höchst wahrscheinlich nicht. Bezüglich der Ätiologie kommt sicher Heredität in Betracht, wahrscheinlich auch nervöse Einflüsse, Choc etc. Die seborrhoische Alopecia areata tritt, und zwar zumeist im mittleren Lebensalter, in Form einzelner runder, über die ganze Kopfhaut verteilter kahler Scheiben auf. In der Fettmasse, die sich aus den Hautfollikeln der kahlen Scheiben ausdrücken läfst, finden sich stets die von Unna und Hodara beschriebenen spezifischen Mikrobien der Akne. Diese Form ist sicher übertragbar.

Götz-München.

Soll man Kranken mit Alopecia areata den Eintritt in die Schulen und in die verschiedenen Ämter gestatten? von L. Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 47b.) Die Theorie von der parasitären Natur der Alopecia areata ist in der jüngsten Zeit von den meisten französischen Ärzten acceptiert worden, infolgedessen werden gegenwärtig Kranke mit Alopecia areata in Frankreich fast überall vom Besuche der Schulen, der öffentlichen Anstalten und Ämter ausgeschlossen. Das ist aber nach Brocqs Überzeugung vollständig ungerechtfertigt; denn wenn auch zweifellos einzelne seltene Fälle von Alopecia areata übertragbar sind, so ist doch die ungeheure Mehrzahl der Fälle sicher nicht übertragbar; und die geringe Zahl der kontagiösen Fälle rechtfertigt die allgemein gebräuchlichen drakonischen Absperrungsmafsregeln durchaus nicht. Brocq plädiert dafür, die betreffenden Kranken prinzipiell überall zuzulassen, jedoch unter der ausdrücklichen Bedingung, dafs sie sich einer entsprechenden Behandlung unterziehen, die erkrankten Stellen stets bedeckt halten, die Haare ganz kurz tragen und den Bart rasieren lassen. Kranke Schulkinder, besonders Zöglinge von Internaten, können überdies von den gesunden Kindern bis zu einem gewissen Grad getrennt gehalten werden. Ausgeschlossen von Schulen und öffentlichen Anstalten sollen höchstens solche Kranke werden, die nachweislich gesunde Menschen angesteckt haben. *Götz-München.*

Über die Beziehung der Alopecia areata zu Zahnerkrankungen, von L. Jacquet - Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 98.) Die embryologisch-genetische Verwandtschaft der Haut und der Zähne macht nach Verfassers Ansicht die Verwandtschaft beider Krankheitsbegriffe wahrscheinlich. Mit gesunden Zähnen paart sich häufig kräftiger Haarwuchs. Die gegen Zahnkaries refraktären Rassen der Neger, Araber und Mongolen zeigen auch selten Glatzenbildung und spärlichen Haarwuchs. An einem Material von 40 an Alopecia areata Leidenden fand Jacquet in grofsen Prozentsätzen die Zähne krank und will daraus Schlüsse ziehen. Man wird weitere Veröffentlichungen in dieser Richtung abwarten müssen. *Hopf-Dresden.*

Über einen Fall von plötzlichem Weifswerden der Haare nach Schreck, berichtet *Progrès méd.* 1900. No. 49. Es handelte sich um einen 30jährigen Färber mit braunen Haaren. Derselbe erfuhr eines Abends, dafs er 35000 Frcs. im Panamaprozefs verloren habe. Am anderen Morgen waren seine Kopf-, Bart- und Körperhaare schneeweifs geworden. *C. Müller-Genf.*

Über die Atrophia cutis idiopathica progressiva acquisita, von Metschnikoff. (*Medicinskoje Obosrenje.* Febr. 1901.) Verfasser beschreibt zunächst in Kürze alle bisher in der Litteratur veröffentlichten Fälle von Atrophia cutis idiopathica, deren er 25 anführt, nämlich diejenigen von Buchwald, Touton, Pospelow (2 Fälle), Taylor, Georges, Elliot, Bronson, Jordan, Kaposi, Nikulin, Bruhns (3 Fälle), Neumann

3 Fälle), Nikolski, vom Verfasser selbst, Róna und Huber, Holder, Rille, Colombini, Heller (2 Fälle) und Willy Bechert. An der Hand aller dieser Fälle liefert Verfasser sodann eine sehr genaue Beschreibung des klinischen und pathologisch-anatomischen Bildes dieser Krankheit und kommt zum Schluſs, daſs man zwei Formen unterscheiden müsse, nämlich die erythematös-idiopathische Hautatrophie, welche sich durch blaurote Flecke auszeichnet, die der Atrophie vorangehen und zweitens die infiltrative idiopathische Hautatrophie, wo sich die Atrophie aus ziegelroten Infiltrationen entwickelt. *A. Jordan-Moskau.*

Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica acquisita, von Italinski. (*Medicinskoje Obosrenje.* Febr. 1901.) Verfasser beschreibt einen Fall von Atrophia cutis idiopathica bei einer 48jährigen Frau. Die Haut des rechten Handrückens, des rechten Unterarmes, beider Unterschenkel und beider Fuſsrücken zeigt die für Hautatrophie charakteristischen Merkmale, Verdünnung, Faltenbildung, Durchschimmern der bläulichen Venen. Der Prozeſs hat sich sehr langsam entwickelt angeblich im Verlaufe von 20 Jahren. *A. Jordan-Moskau.*

Über Xeroderma pigmentosum, von K. Herxheimer und R. Hildebrand. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 32.) Die Verfasser berichten über einen jetzt 70jährigen Mann, der alle charakteristischen Symptoma von Xeroderma pigmentosum, Atrophie der Haut mit Pigmentverschiebung und Teleangiektasien im Gesicht, am Hals, Vorderarmen und Händen, sowie oberflächliche Ulcerationen und Carcinombildung im Gesicht aufweist und sich dabei eines relativ guten Wohlbefindens erfreut. Die Hautaffektion hatte bei dem Manne vor 40 Jahren mit der Bildung eines Geschwürs im Gesicht begonnen. Der Fall beweist, daſs die Affektion nicht in allen Fällen zu frühzeitigem Tode führt. Bei zwei anderen Kranken — Geschwistern —, bei denen die typischen Merkmale des Xeroderma seit der frühesten Jugend bestehen, sind seit der vor 12 Jahren vorgenommenen Entfernung mehrerer Carcinomknoten bis jetzt keine Recidive aufgetreten. Diese beiden Fälle beweisen, daſs wenigstens für lange Zeit Heilung der Carcinomatose erzielt werden kann. — Endlich berichten die Verfasser noch über ein fünfjähriges Kind mit ausgesprochenem Xeroderma pigmentosum, bei dem die ersten Symptome der Krankheit im ersten Lebensjahre aufgetreten waren. Schon im vierten Jahre kam es bei dem Kinde zur Bildung eines kleinen Plattenepithelcarcinoms, das nach der operativen Entfernung sofort recidivierte. Bald nach der Excision des Recidivs entstanden mehrere kleinere Tumoren, die ebenfalls operativ entfernt wurden. Seitdem scheint ein Stillstand in der Entwickelung der Carcinome eingetreten zu sein. Dieser letztere Fall soll nach Ansicht der Verfasser beweisen, daſs das sehr frühzeitige Auftreten von Carcinomatose keineswegs immer eine besondere Malignität des betreffenden Falles involviert. *Göts-München.*

Einige klinische Beobachtungen über Lupus erythematosus und seine Pathologie, von J. A. Fordyce und O. H. Holder-New York. (*Med. Record.* 14. Juli 1900.) Die Abhandlung, mit einigen vorzüglichen Holzschnitten über mikroskopische Bilder des Lupus erythematosus versehen, bringt neben einer resumierenden Besprechung der klinischen Erscheinungen und der pathologisch-anatomischen Befunde eine kurze Kasuistik. *Hopf-Dresden.*

Sklerodermie der Arme, von Scholtz. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 97.) Sch. stellt in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur einen Fall von Sklerodermie der Arme vor, welcher in therapeutischer Hinsicht

von Interesse ist. Nachdem weder Elektricität, noch Bäder aller Art, Massage und Pflastereinwickelungen dauernd Besserung erzielt, und selbst das anfangs mit Erfolg angewendete 10%ige Chrysarobin versagt hatte, erzielten Injektionen von 0,1 Thiosinamin, jeden zweiten Tag ausgeführt, schon nach kurzer Zeit bedeutende Besserung, sodafs nach 20 Injektionen die rohe Kraft und die Beweglichkeit so gut wie normal waren. Auch bei Lupus mit starren wulstigen Narben bewährte sich Thiosinamin.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Fall von diffusem Sklerodermia, von T. R. Bradshaw. (*Brit. med. Journ.* 14. April 1900.) Die Affektion bei der 30jährigen Patientin begann vor einem Jahre. Die ganze Körperhaut, am stärksten die der Hände und Vorderarme, ist befallen. Bereits hat Sklerodaktylie Platz gegriffen. *C. Berliner-Aachen.*

Sclerema neonatorum, von John W. Taylor. (*Brit. med. Journ.* 21. April 1900.) Das drei Jahre alte Kind ist nicht voll ausgetragen zur Welt gekommen. Es zeigte bei der Untersuchung am 17. Februar eine sehr trockene, harte, nicht faltbare Körperhaut. Die Kopfhaut war dick mit Krusten und schmutzigen Schuppen bedeckt, zwischen denen sich Risse befanden. Die Augenlider waren gespannt, verdickt; die Gesichtshaut nahezu unbeweglich. Die Hände und Füfse oberhalb der Handgelenke bezw. Knöchel waren ganz schwarz, kalt, glänzend, wie asphyktisch, und nahe daran gangränös zu werden. Das Kind schrie mit schwacher Stimme und konnte nur mit Mühe ernährt werden. Am 19. Februar wurde es durch den Tod von seinem Leiden erlöst. *C. Berliner-Aachen.*

Idioneurosen.

Milchsäure bei pruriginöser Hautentzündung. (*Presse méd.* 1900. No. 79. Da die Milchsäure in Lösungen von 2 : 100 in der Kinderpraxis bei Diarrhoen mit grofsem Erfolg gegeben wird, versuchte Du Castel die gleiche Medikation auch bei pruriginösen Hautaffektionen, bei denen intestinale Autointoxikationen eine Rolle spielen (Ekzem, Erythem, Urticaria, Strophulus, Akne, Prurigo Hebra und Pruritus simplex). Auch Bailey wandte die Milchsäure in dieser Richtung an. Beide Autoren sahen gute Erfolge. Man reicht das Mittel in der Stärke von täglich 6—20 Tropfen mit Zuckerwasser. Die Höhe der Dosis, die sich nach Alter der Kranken und Intensität des Hautprozesses richtet, kann bis zu 2 g auf einmal — bei Erwachsenen — gesteigert werden. Man kann die Milchsäure ohne irgendwelche Störungen des Befindens monatelang geben. Ob eine bei einer einzigen Kranken während der Milchsäuredarreichung konstatierte und früher nicht dagewesene Glycosurie rein zufällig war oder nicht, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. *Hopf-Dresden.*

Zur Behandlung des Pruritus senilis, von Arthur Jarnicke-Breslau. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1900. No. 48.) Der Verfasser empfiehlt als temporäres Linderungsmittel bei rebellischem Alterjucken systematische Bürstungen der Haut mit nachfolgenden Alkoholabreibungen. Durch das Bürsten mit einer weichen Bürste werden alle gelockerten, abgestorbenen Epidermisschuppen entfernt. Diese Bürstenbearbeitung der Haut soll zuerst dreimal am Tage 10—20 Minuten lang, später zweimal, noch später nur einmal alle Tage oder jeden zweiten Tag erfolgen. Heifse Bäder stören die subjektive Erleichterung, die die Kranken durch die angegebene mechanische Frottierung erfahren, zumal wenn man in den ersten Tagen spirituöse Abreibungen folgen

läfst. Nachher ersetzt man dieselben durch Einreibungen mit reinem Schweinefett oder mit Lanolin. Vaseline verwirft Verfasser als weniger lindernd. Er wendet diese Behandlungsmethode seit 12 Jahren mit Erfolg an. *Hopf-Dresden.*

Sekretionsanomalien.

Die Behandlung der Hyperhidrosis axillae mit dem Thermokauter, von L. Kolipinski - Washington. (*New York med. Journ.* 29. Dez. 1900.) Nachdem bei diesem oft so hartnäckigen und sehr störenden Leiden alle die gebräuchlichen Mittel höchstens nur vorübergehende Besserung bringen, wie wohl mit K. alle Praktiker bezeugen können, kam dieser auf das heroische Mittel, die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen mit dem Glüheisen gründlich zu zerstören. Zu der kleinen, in einigen Minuten zu vollendenden Operation ist selten Anästhesie nötig; die Hälfte oder noch ausgedehntere Stellen der Hautgegend, von wo die starke Schweifssekretion herrührt, wird 10—20 mal mit dem breiten, in Rothitze gebrachten Thermokauter berührt und damit eine Verbrennung zweiten bis dritten Grades erzielt. Ein trockener Bismuth- oder Zinkoxydverband wird dann gemacht und Patient kann in einigen Tagen seiner gewöhnlichen Beschäftigung wieder nachgehen. Der Erfolg ist ein sehr guter, wie auch der näher beschriebene Fall, wo Patient, ein 38jähriger Arbeiter, acht Jahre lang an dem Übel gelitten hatte, beweist. *Stern-München.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Das Vorkommen des Demodex folliculorum am Augenlide und seine Beziehungen zu Liderkrankungen, von Karl Hunschke-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 45.) Der Verfasser fand bei nahezu allen daraufhin untersuchten Menschen, bezw. menschlichen Leichen den Demodex folliculorum sowohl an epilierten Cilien als auch an Schnitten durch die Lider. In Schnitten lassen sich die Demodices nach vorausgegangener Härtung der Lider mit Hämatoxylin-Eosindoppelfärbung sichtbar machen. Die Haarbalgmilbe gräbt sich mit dem Kopfe vorne längs des Haares in die vorliegenden Talgmassen der Haut ein und dringt dann in die Höhlung des Haarbalges vor. Weiter gelangt die Milbe nicht; in den Meibomschen Drüsen, wie in den Talgdrüsen findet sie sich fast nie vor. Aufser einer geringfügigen mechanischen Ausweitung der Haarbalghöhle durch die Milbe finden sich in der Umgebung eines Milbenherdes keine pathologischen Veränderungen. All' demzufolge ist der Demodex s. Acarus folliculorum ein vollständig unschuldiger Hautschmarotzer. Insbesondere ist es nach Ansicht des Verfassers unrichtig, dafs die Haarbalgmilbe, wie Rählmann behauptet hat, Augenliderkrankungen (Conjunctivitis acarica) hervorrufen kann. *Göts-München.*

Creeping disease, von Merk. (*Mitteil. des Vereins der Ärzte in Steiermark.* 1900. No. 4.) Verfasser beschäftigt sich in vorliegender Mitteilung mit der Ätiologie der Schmidschen Creeping Disease. Zweifellos hat man es dabei mit einer parasitären Affektion zu thun. Doch ist der Parasit noch nicht genau nachgewiesen. Jedenfalls wird er keine Gastrophilusart sein, wie Samson glaubt, sondern eine Östridenart, von denen vier Abarten in der Haut und zwar dem Unterhautzellgewebe leben, nämlich Hypoderma, Oestromyia, Dermatobia, Cuterebra. *Hopf-Dresden.*

Ein weiterer Beitrag zur Entstehung des Hautemphysems nach Laparotomien, von Heil-Darmstadt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 35.) Gestützt auf klinische Beobachtungen wie auf Experimente an der Leiche hat der Verfasser schon früher behauptet, dafs für das Zustandekommen eines Hautemphysems nach Laparotomie in allererster Linie die Beschaffenheit der Bauchnaht, insbesondere die ungenügende Vereinigung der tiefen Schichten bei gleichzeitigem gutem Verschlufs der Hautwunde verantwortlich gemacht werden mufs. Der Verfasser hat neuerdings wieder nach einer Laparotomie ein Hautemphysem beobachtet, auch in diesem Falle lag mangelhafte Vereinigung der tiefen Schichten bei gutem Verschlufs der Hautfettschicht vor. Einer der tiefgreifenden Fäden im oberen Teil der Bauchwunde war nämlich zu locker angelegt, so dafs er nach Schlufs der Bauchwunde entfernt und durch einen oberflächlichen Faden ersetzt wurde. Durch Etagennaht wird die Entstehung eines Hautemphysems sicher verhütet, ebenso aber auch durch eine exakte, nicht zu weit gelegte, alle Schichten fassende einfache Kopfnaht. *Götz-München.*

Allgemeines subcutanes Emphysem in einem Falle von akuter Miliartuberkulose. Chatin und Prézy beschreiben einen derartigen Fall bei einem 20jährigen Manne, bei dem bei der Autopsie miliare Tuberkel in allen inneren Organen nachgewiesen wurden. Aufserdem hatte sich vier Tage vor dem Exitus ein subcutanes Emphysem ausgebildet, das sich über den Rumpf, den Hals, den unteren Teil des Gesichtes und die Arme bis an die Knöchel ausdehnte. In den Lungen wurden keine Kavernen konstatiert; ebenso war nichts von einem Pneumothorax oder einem Pleuraexsudat zu sehen. Die Verbindungsöffnung hatte sich am vorderen Teile der Lunge in der Nähe des Hilus gebildet, unter der visceralen Pleura. (*Lyon méd.* 1900. No. 40.) *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Das Sanatorium bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von R. D. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 14.) Der Verfasser ist der Überzeugung, dafs gewisse Dermatosen, insbesondere schwere Fälle nur bei klinischer Behandlung in entsprechend ausgestatteten Spezialsanatorien für Hautkranke zur Heilung gebracht werden können. Die dermatologische Therapeutik ist im Laufe der Zeiten sehr kompliziert geworden: die grofse Zahl der modernen Mittel und Apparate steht naturgemäfs nur in Spezialkliniken zur Verfügung und kann nur in solchen nach allen Regeln der Kunst und zur richtigen Zeit angewendet werden. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 10. 15. Mai 1901.

(Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-St. Georg. Oberarzt: Dr. Engel-Reimers.)

Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis.

Von

Dr. Lochte.

Im Mai 1898 kam im Allgemeinen Krankenhause St. Georg ein Fall von Syphilis maligna auf der Abteilung des Herrn Dr. Engel-Reimers zur Aufnahme, dessen Krankengeschichte die folgende ist:

Sch., Arbeiter, 34 J. alt, aufgen. am 25. V. 98.

Patient war früher niemals geschlechtskrank. Anfang Mai inficierte er sich geschlechtlich durch P. P., an demselben Abend Coitus mit Umhertreiberin aus einer Wirtschaft. Seit Mitte Mai hat Patient den Schanker bemerkt. Bisher nicht ärztlich behandelt. Potus mäfsigen Grades.

Mittelgrofser Mann in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Gew. 66 kg. Geringer Tremor alcohol.

Im Sulcus retroglandul. dorsal. rechts besteht, kreisförmig auf Glans und Präputium übergreifend, ein ca. 10 Pfennigstück-grofses Ulcus mit speckig belegtem Grunde und wallartig erhabenen Rändern. Das Ulcus ist deutlich induriert. Kein dorsaler Lymphstrang. Geringe indolente Leistendrüsenschwellung rechts. Keine Sekundärerscheinungen.

29. V. Deutliche grofsfleckige Roseola am Rumpfe.

18. VI. Die Lymphdrüse der rechten Leistenbeuge hat sich vergröfsert, durch Aspiration werden 2 ccm dickflüssigen Eiters entleert.

28. VI. Nochmalige Aspiration von 1 ccm blutuntermischten Eiters. Aus dem Grunde des Schankers hat sich ein Gewebspfropf abgestofsen, wie aus einem Furunkel. Die kraterförmige Geschwürshöhle reinigt sich.

30. VI. Der Bubo der rechten Leistenbeuge mufste heute gespalten werden, die Reste der vereiterten Lymphdrüse werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

16. VII. Patient klagt über Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk.

Die Schmierkur (38 Einreibungen à 4,0 bezw. 6,0 Ung. ciner.) wird ausgesetzt.

24. VII. Auf der rechten Tonsille ist ein groschengrofses Ulcus mit schmierigem Grunde sichtbar. Die Bubonenwunde reinigt sich. Abendlich geringe Temperatursteigerungen. (Erhält Sol. Kal. jodati 4,0/120,0 4 × tgl. 1 Efsl., Seesalzbäder.)

27. VII. Linsengrofses Ulcus auch auf der linken Tonsille.

3. VIII. Der diphtheroide Belag auf der rechten Tonsille ist geschwunden. Die Granulationen der Bubonenschnittwunde sind schlaff und glasig. Das rechte Ellen-

bogengelenk kann frei bewegt werden. Patient fiebert weiter, in den letzten Tagen zwischen 38—39° C. Achseltemperatur. Störungen von Seiten des Herzens oder der Lungen bestanden bisher nicht, doch ist Patient hinfällig geworden, hat 25 Pfd. Gewicht verloren. Zeitweilige Glykosurie geringen Grades bis 0,5%.

Heute Bronchialatmen und handbreite Schallverkürzung links h. u.

8. VIII. Die Temperatur ist abgefallen. Sol. Kal. jodati ausgesetzt, statt dessen Beeftea, Decoct. cort. Chin. reg. Die Lungen sind frei.

5. IX. 4 kg Gewichtszunahme. Heute Schmerzen in der rechten Schulter.

26. IX. Das Ulcus im Sulcus retrogland. ist mit Hinterlassung einer tiefen, über linsengroßen, lividen, etwas indurierten Narbe geheilt. Keine Erscheinungen mehr von Seiten der Lungen. R. h. u. reines Vesiculaeratmen. Lungengrenzen gut verschieblich; rechte Schulter frei.

Nacken- und Cubitaldrüsen nicht erheblich vergrößert. Gew. 53,5 kg.

Entlassen am 28. IX.

Nachdem Patient mit drei Wochen Schonung entlassen war, wird seine erneute Aufnahme am 8. Oktober notwendig.

Patient sieht blaß und elend aus, macht einen völlig gebrochenen Eindruck. 8 Tage nach der Entlassung traten zuerst Stellen am Rumpfe auf. Gew. 52,5 kg.

An der Außenseite des linken Unterschenkels drei 5 Pfennigstück-große typische Rupiageschwüre, ebenso zwei andere vorn auf dem linken Oberschenkel. Außen am rechten Unterschenkel 4—5 knotige 5 Pfennigstück-große Infiltrate der Haut, die noch keinen Zerfall zeigen. Auf der rechten Wade ein 10 Pfennigstück-großes Ulcus.

Zahlreiche linsengroße Ulcera auf dem behaarten Kopfe, im Bart und Gesicht. Ein 5 Pfennigstück-großes Ulcus mit austernschalenähnlicher Borke rechts vorn über dem Schultergelenk.

Die linke Rachenwand von zahlreichen, hanfkorngroßen Geschwüren mit speckigem Grunde eingenommen.

An den inneren Organen nichts krankhaftes nachweisbar. Kein Milztumor, keine nennenswerte Lymphdrüsenschwellung. Herzdämpfung nicht verbreitert. Puls regelmäßig, aequal, 100 pro Minute. Arterie ziemlich eng. Harn frei. Hämoglobin 100%. (Jodothyrin 2 Tabletten pro die.)

22. X. Allmählich bis heute ansteigende Temperaturen bis auf 38,3° C. Am linken Oberschenkel und rechten Unterschenkel ist an zwei markstückgroßen Geschwüren centrale Heilung zu bemerken, peripher noch ein tiefer ulcerierter Graben. Jodothyrin ausgesetzt, statt dessen Sol. Natrii jodati in steigenden Dosen.

24. X. Vorn links auf der Schulter besteht ein neues linsengroßes Rupiageschwür, ein zweites am sternalen Ende der linken Clavicula. In der linken Nasolabialfalte ist eine markstückgroße Gruppe linsengroßer Papeln aufgeschossen. Auf dem behaarten Kopfe haben sich die Pusteln in 5 Pfennigstück-große Geschwüre umgewandelt.

28. X. Die Infiltrate des rechten Unterschenkels sind zerfallen. Es befinden sich jetzt dort vier Ulcera. Die übrigen Geschwüre überhäuten sich, z. T. zeigen sie aber peripheres Fortschreiten. An der linken Schulter hinten sind zwei linsengroße Pusteln aufgeschossen. Im ganzen befinden sich 47 größere und kleinere Ulcera über den ganzen Körper zerstreut. Harn frei.

18. XI. Bis auf neun Geschwüre ist alles geheilt. — Vom 5. XI. ab hat Patient außer 4,0 Jodnatrium pro die Sublimatvollbäder erhalten, 10,0 pro balneo.

14. XII. 57 kg Gewicht.

31. XII. Die Ulcera an den Beinen sind jetzt sämtlich mit Hinterlassung flach eingesunkener, braunroter Narben geheilt. Gew. 61,5 kg. Soll mit einreiben.

14. I. 99. Auf einzelnen Narben sind wieder flache Borken zu bemerken.

25. I. Nach Entfernung der Borken sind wieder Ulcerationen entstanden, und zwar befinden sich dieselben an der Peripherie schon bestehender Narben. Gewicht 63 kg.

21. II. An der Aufsenseite des linken Oberarmes ist in den letzten zehn Tagen eine markstückgrofse, gerötete, infiltrierte Stelle entstanden; bei Druck entleert sich aus den Drüsen der Haut und Haarbalgmündungen trübes Sekret. Die Haut ist siebartig durchlöchert. Die Ulcera an den Beinen haben sich wieder etwas vergröfsert. Ihr Grund ist mifsfarben und schmierig. Da Hg und Jodkalium ohne Erfolg sind, hat Patient am 20. II. eine ZITTMANN-Kur begonnen.

19. III. Nach vier Touren der ZITTMANN-Kur sind die noch restierenden Ulcera an den Unterschenkeln endlich geheilt. Einige Narben am rechten Oberarm sind keloid. Patient hat sich wesentlich erholt. Entlassen. 62 kg.

Es handelte sich also um einen Mann, bei dem schon der Primäraffekt Neigung zum Zerfall zeigte, bei dem auch der Bubo zerfiel und bei dem, nachdem das erste Exanthem ungewöhnlich früh aufgetreten war, nach Ablauf von 4—5 Monaten umfängliche ulceröse Syphilide, ca. 50 an der Zahl, den ganzen Körper bedeckten.

Durch die Schwere der Krankheit nahm Patient erheblich an Körpergewicht ab, ja es schien eine Zeit lang, als würde er seinem Leiden erliegen. Unter roborierender Behandlung, schliefslich unter Anwendung einer ZITTMANN-Kur, gelang es jedoch die Gefahr zu beseitigen und den Kranken, wenn auch nur äufserst langsam, der Genesung entgegenzuführen.

Zu seiner Heilung waren mit einmaliger Unterbrechung von 14 Tagen fast 10 Monate (289 Tage) der Behandlung im Hospitale notwendig.

Ein derartiger Fall verdient in hohem Mafse das Interesse des Arztes. Er treibt dazu, nach einer Ursache zu suchen, weswegen in einigen seltenen Fällen die Syphilis einen so ungemein schweren, unter Umständen auch verhängnisvollen Verlauf nehmen kann.

Um über die hier in Betracht kommenden Verhältnisse ein klares Bild zu gewinnen, habe ich die Krankengeschichten der letzten 5 Jahre 1894—1898 auf der Abteilung des Herrn Dr. ENGEL-REIMERS durchgesehen und während der Jahre 1898—1900 bei der persönlichen Behandlung der Kranken stets ein besonderes Augenmerk auf die Fälle gerichtet, die sich durch besondere Schwere bezw. anomalen Verlauf auszeichneten.

Beim Durchblättern der Krankengeschichten sowohl, wie bei Beobachtung der Kranken zeigte es sich bald, wie schwer es ist, Grenzen zu ziehen und scharf gezeichnete Krankheitsbilder aufzustellen.

Die Fälle zeigten alle nur denkbaren Abstufungen und Übergänge, neben reinen Fällen frühzeitiger ulceröser Hautsyphilide, solche, wo gleichzeitig Gummen bestanden, wo schwere ulcerative Rachenerkrankungen, Störungen des Centralnervensystems vorlagen; neben fieberhaft verlaufenden Fällen, absolut fieberlose; neben Fällen mit nur vereinzelten Geschwüren

solche, wo der ganze Körper mit thalergroſsen Geschwüren bedeckt war; neben Krankheitsfällen, die durch hochgradige Erschöpfung und Abmagerung ausgezeichnet waren, solche, in denen ein Einfluſs auf das Allgemeinbefinden kaum erkennbar war.

Bei alledem ist nicht zu leugnen, daſs sich eine Gruppe von Fällen ausscheiden läſst, die dem eingangs mitgeteilten analog oder mindestens sehr ähnlich sind. Allen diesen gemeinsam ist das frühe Auftreten zahlreicher Ulcerationen über den ganzen Körper. Das ist das wesentliche des Krankheitsbildes. Dazu gesellt sich als zweites wichtiges Moment die Abnahme der Körperkräfte. Durch die zahlreichen Geschwüre wird der Krankheitszustand ein schwerer, die Kranken magern ab, sehen elend aus, der Appetit verringert sich, der Schlaf ist durch die schmerzenden Geschwüre unterbrochen. Gesellt sich Fieber dazu, so kommen die Kranken noch weiter herunter. Die Temperatursteigerungen können unter Umständen Wochen und Monate lang anhalten. — Ein drittes Charakteristikum kommt zum Vorschein, sobald man versucht, mit den gewohnten antisyphilitischen Mitteln das Leiden zu bekämpfen, das ist die zumeist auffällige Wirkungslosigkeit der Hg-Therapie.

Mit diesen Eigentümlichkeiten ist das Bild der Syphilis maligna hinreichend gekennzeichnet.

Damit ist freilich nicht ausgeschlossen, daſs es Fälle giebt, die den eben geschilderten sehr nahe stehen und bei denen man gelegentlich im Zweifel sein kann, ob man sie der Syphilis maligna zurechnen soll oder nicht.

Derartige Fälle sind immerhin selten. Alle übrigen Fälle von schwerer Syphilis, die durch Lokalisation in lebenswichtigen Organen, durch Komplikation mit anderen krankhaften Zuständen, oder in Erscheinungsformen und Verlauf sich der Syphilis maligna nähern, fasse ich nach dem Vorgange von Neisser unter der Bezeichnung Syphilis gravis oder Syphilis anomalis gravis zusammen.

Bei einer derartigen Scheidung der Fälle, die meines Erachtens eine ganz wesentliche und notwendige Klärung herbeigeführt, kommen wir in die vorteilhafte Lage, den Begriff der Syphilis galopante[1] umgehen zu können.

---

[1] Unter Syphilis galopante haben die Autoren verschiedenes verstanden, teils solche Fälle, die wir der S. maligna, teils solche, die wir der S. gravis zurechnen würden.

Zeissl trennt nur die S. galopante von der regulär verlaufenden Syphilis ab.

Lesser gebraucht in seiner Arbeit (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1882) die Bezeichnung Syphilis maligna für die Fälle, die er in seinem Lehrbuche unter der Bezeichnung S. galopante abhandelt.

Haslund ist geneigt, die maligne Syphilis noch von der galoppierenden als besondere Gruppe zu trennen.

Jullien versteht unter S. maligne précoce dasselbe wie unter S. galopante (S. 676), ähnlich Mauriac (S. 772).

Er besagt nichts, was nicht auch in den Begriffen der S. maligna und S. gravis enthalten wäre.

Bei einer solchen Sichtung der Krankheitsfälle habe ich aus den letzten fünf Jahren (1894—98) unter 3270 syphilitischen Männern 17 mit maligner Syphilis (0,52%) gefunden. Ein Prozentverhältnis, das dem von HASLUND gefundenen (0,47%) ziemlich nahe kommt.

Bei den Weibern kam seit 1894 überhaupt nur ein Fall von maligner Syphilis zur Beobachtung. Die Krankengeschichte ist am Schlufs dieser Arbeit mitgeteilt.

Diese Seltenheit der malignen Syphilis bei den Weibern ist gewifs auffallend; aber nicht ohne Beispiel in der Litteratur. Unter ORYS Fällen finden sich 20 Männer und 10 Frauen, bei DUBUC 8 Männer und 1 Frau.

Aus Mangel an persönlichen Erfahrungen kann ich demnach über die Syphilis maligna der Weiber keine Mitteilungen machen, die folgenden Ausführungen beziehen sich allein auf die Männer.

Von diesen befanden sich im Alter zwischen 20 und 30 Jahren 10, zwischen 30 und 40 Jahren 6, zwischen 50 und 60 Jahren 1 Kranker. Der Beschäftigung nach waren es Matrosen, Stewards, Heizer, Arbeiter, zum gröfsten Teil Seeleute.

Zweimal[2] bot der Primäraffekt bemerkenswerte Eigentümlichkeit dar, in dem anfangs mitgeteilten Falle, wo sich ein nekrotischer Gewebspfropf, wie bei einem Furunkel, aus dem Geschwür abstiefs, und in einem weiteren Falle,[3] wo es sich um einen serpiginierenden Schanker handelte. Die ersten Allgemeinerscheinungen traten z. T. auffallend früh auf. Bei Sch., der sich in den ersten Tagen des Mai 1898 inficiert hatte, war bereits am 29. Mai eine grofsfleckige Roseola vorhanden. Bei H., Mitte Dezember 1894 inficiert, zeigte sich nach Ablauf von drei Wochen das erste Exanthem. Patient R. inficierte sich am 26. III. und hatte am 1. Mai einen Ausschlag, der am 16. V. einen pustulösen Charakter annahm.

Bei Ha. traten acht Wochen p. coit. die ersten bohnengrofsen Geschwüre an den Beinen auf; nach zwölf Wochen fanden sich 70 über den ganzen Körper zerstreut stehende Ulcerationen.

Der letztere Fall nähert sich zeitlich bereits den regulären Erscheinungsformen der Syphilis.

Ein so überstürzter Verlauf ist aber keineswegs allen Fällen maligner Syphilis eigen. Das ergiebt sich ohne weiteres, sobald man die Fälle nach dem zeitlichen Auftreten der ersten Hautgeschwüre ordnet. Danach

---

[2] Vergl. die Beziehungen zwischen Art des Schankers und Verlauf der Syphilis u. a. bei LESSER. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1882. S. 648.

[3] Der Fall steht auf der Grenze zur Syphilis gravis.

zeigt sich, dafs die ulcerösen Syphilide in drei Fällen (Ha., R., H.) nach Ablauf der ersten drei Monate vorhanden waren, in weiteren neun Fällen nach Ablauf der ersten sechs Monate, in einem Fall nach neun Monaten, in vier Fällen wurde der maligne Charakter am Ende des ersten Jahres deutlich.

Es braucht also durchaus nicht das erste Exanthem die Malignität zu zeigen. Es kann eine Roseola, ein papulöses, schon mit einigen Pusteln untermischtes Exanthem vorangehen, erst das zweite Exanthem zeigt dann die Neigung zum Zerfall und zu Ulcerationen. Die Syphilis hat also einen progredienten Charakter, das Krankheitsbild wird von einer Etappe zur anderen schwerer.

Wie sich weiter aus der Zusammenstellung ergiebt war in der Mehrzahl unserer Fälle und zwar bei 12 von 17 der maligne Charakter am Ende des ersten halben Jahres deutlich ausgesprochen, in keinem Falle traten die schweren Erscheinungen nach Ablauf des ersten Jahres auf.[4] Es verdient dieser Punkt besonders hervorgehoben zu werden, denn wir sind dadurch in die Lage versetzt, in der Mehrzahl der Fälle nach Ablauf eines halben Jahres ein prognostisches Urteil über den Verlauf der Krankheit abgeben zu können und sicher läfst sich nach Verlauf eines Jahres sagen, dafs ein Fall, der bis dahin keine malignen Erscheinungen geboten hat, nun wahrscheinlich auch nicht maligne verlaufen wird.[5]

Freilich ist nicht ausgeschlossen, dafs bei anfangs gutartigem Verlauf später noch schwere tertiäre Erscheinungen nachfolgen können. Ja selbst Fälle maligner Syphilis können ein schweres Nachstadium haben, wie der Fall Br. (15) beweist.

Was nun die Art und Weise der Entstehung der Hautgeschwüre bei der Syphilis maligna betrifft, so stimme ich Haslund vollkommen bei, dafs der Anfang der Erkrankung jedesmal in einer Papel zu suchen ist. Auf dem Wege zur Geschwürsbildung kann aber die Papel verschiedene Umwandlungen erfahren. Am häufigsten dürfte es sein, dafs sich die Papel zur Pustel umwandelt, deren eitriges Sekret eintrocknet. Es bildet sich damit eine Borke, nach deren Entfernung sich das kreisrunde Geschwür zeigt.

---

[4] Nur bei Br. traten die ersten Geschwüre anscheinend nach Ablauf des ersten Jahres auf. Ein genauer Zeitpunkt ist aber nicht angegeben.

[5] Auch Neisser hat diesen Umstand 1896 hervorgehoben.

Zu den charakteristischen Eigenschaften der Syphilis maligna kann das frühzeitige Auftreten ulceröser Syphilide allein nicht gerechnet werden. Es gehört dazu das Auftreten einer ganzen Reihe ulceröser Syphilide.

Erst kürzlich behandelte ich einen Kranken auf der Abteilung des Herrn Dr. Engel-Reimers, bei dem sich zwei Monate post infect. ein thalergrofses ulceröses Syphilid links in der Lendengegend entwickelt hatte. Im übrigen bot der Mann nichts krankhaftes.

Einen solchen Fall rechnen wir unter die Gruppe der Syphilis gravis.

Ein zweiter Weg ist der, dafs die Papel — ohne das Stadium der Pustelung zu durchlaufen, sich mit einem dünnen Schorfe bedeckt, der sich peripher, wo der Zerfall der Papel fortschreitet, vergröfsert. Durch Anlegung immer neuer borkiger Schichten entsteht die austernschalenähnliche Beschaffenheit der Rupiaborken. Nach Entfernung derselben liegt das Geschwür zu Tage.

Ein dritter Weg ist der, dafs die Papel sich zum syphilitischen Tuberkel vergröfsert, der unter Umständen rapiden Zerfall zeigen kann. Die Gröfse des syphilitischen Tuberkels kann eine beträchtliche sein, wie wir das in dem anfangs mitgeteilten Falle beobachteten und wie das auch Haslund in einem Falle gesehen hat. Die Papeln vergröfsern sich zu flachen, bis markstückgrofsen Infiltraten, deren lividrote, bucklige Beschaffenheit an Knoten des Erythema nodosum erinnern kann. Durch centrale Nekrose wandeln sich diese Infiltrate in Geschwüre um. Hin und wieder kann man verfolgen, wie die Einschmelzung des Gewebes von verschiedenen Punkten gleichzeitig beginnt. Die Epidermis wird siebartig durchlöchert. Aus der Tiefe dringt trüb seröse Flüssigkeit. Durch Konfluenz der kleinen Nekrosen kommt es ziemlich schnell zu gröfseren Substanzverlusten. Die ganze Art der Einschmelzung läfst sich am ehesten derjenigen eines Karbunkels vergleichen.

Man kann darin die drei Formen Dubucs wiedererkennen:

1. la variété puro crustacée ulcéreuse,
2. la variété tuberculo crustacée ulcéreuse,
3. la variété tuberculo ulcérante gangréneuse.

Im Grunde genommen sind aber die Grenzen, die man zwischen den einzelnen Formen zu ziehen versucht hat, keine scharfen. Man kann bei demselben Individuum Pusteln und Rupiageschwüre gleichzeitig vorfinden, wie Tuberkel und Papeln. Die einzelnen Unterschiede sind nur durch zeitliche Differenzen und Umfang der einzelnen Infiltrate, sowohl während ihrer Entwickelung, als während des Stadiums ihres Zerfalles bedingt.

Erkrankungen der Schleimhäute konnten wir im ganzen 7 mal beobachten. 5 mal boten sie nichts aufsergewöhnliches. Es bestanden Schleimpapeln der Lippen, der Zunge, des Rachens, die in der Zeit vom 4.—8. Monat nach der Infektion gefunden wurden, z. T. waren dieselben ulceriert. Bei dem Patienten K. war die Erkrankung insofern eine schwere, als sich 4½ Monat nach der Infektion ein 2 cm langes ulceröses Syphilid der hinteren Rachenwand entwickelte. Bei B. wurde ein Jahr nach der Infektion die Uvula verkürzt und nach hinten und rechts gezogen gefunden, auf dem weichen Gaumen war ein 2 Markstück-grofses Ulcus sichtbar. Es waren also nur zweimal schwere Schleimhautveränderungen nachweisbar.

Jedenfalls traten die Erkrankungen der Schleimhäute völlig in den Hintergrund gegenüber den auf der Haut sich abspielenden Prozessen.

Diese Beobachtungen zeigen aufserdem, dafs die Schleimhauterkrankungen bei der Syphilis maligna zu Veränderungen führen können, die durchaus denen der tertiären Syphilis gleichen.

Von anderweitigen Befunden sei mitgeteilt, dafs periostitische Schwellung der Tibia einmal zur Beobachtung kam (Schl.). Syphilitische Orchitis bezw. Epididymitis wurde bei drei Kranken (Schm., Schu., W.) gefunden, 6, 8, bezw. 12 Monate nach der Infektion.

Bei H. trat ferner sechs Wochen nach der Infektion ein erbsengrofses Gumma der Sklera auf. Bei Patient Ha. sieben Monate nach der Infektion eine spinale Meningitis mit Lähmung der oberen Extremitäten, die unter steigenden Dosen von Jodkalium im Laufe einer Woche zurückging.

Diesen Vorkommnissen gegenüber kann ich es nicht für berechtigt halten, wenn Haslund sagt, dafs es sich bei der Syphilis maligna um rein sekundäre Formen handle.

Ebensowenig möchte ich sie freilich als rein tertiäre bezeichnen und zwar spricht gegen die letztere Auffassung, wie Neisser treffend bemerkt hat:

1. das gleichzeitige Bestehen von Eruptionen bei den Frühformen neben Rupia und Ecthyma der Haut und

2. die Thatsache, dafs den ulcerösen Eruptionen bisweilen typische makulöse und papulöse Ausschläge nachfolgen können.

Die Fälle der Syphilis maligna bilden eben klinisch eine besondere Gruppe. Man verwischt die klinische Sonderstellung der Erscheinungen, wenn man dafür diejenigen Bezeichnungen wählt, die auf den regulären Verlauf der Syphilis zu passen pflegen. Bei der Syphilis maligna sind die Krankheitsprodukte frühzeitig tertiäre; sie setzen sich zusammen aus Erscheinungen, die teils nur in der sekundären, teils nur in der tertiären Periode der Syphilis zur Beobachtung gelangen, allerdings z. T. mit Modifikationen der letzteren (schnelle Einschmelzung des Infiltrates, mangelnde charakteristische Anordnung der Infiltrate), auf die einzugehen hier zu weit führen würde.

Mit der Aufzählung der vorhin genannten Störungen ist so ziemlich alles erschöpft, was wir am Skelett und den inneren Organen bei den Fällen maligner Syphilis nachweisen konnten. Anführen möchte ich noch, dafs die sonst im Frühstadium der Syphilis so ausgesprochene allgemeine Lymphdrüsenschwellung in vielen Fällen maligner Syphilis vollkommen fehlte.

Nicht erwähnt haben wir bis jetzt, dafs die Kranken z. T. Temperatursteigerungen boten. Unter den 17 von uns beobachteten Kranken waren 11 völlig fieberfrei; bei zwei Kranken traten nur gelegentliche, geringfügige Fieberschwankungen auf. Bei vier Patienten bestand längeres,

bei zwei monatelanges remittierendes Fieber. Bei Ha. vom 30. XII. 97, dem Tage der Aufnahme, bis zum 26. IV. 98, also fast vier Monate lang. Die Achseltemperatur schwankte zwischen 38,0 und 39,5° C. In derselben Weise fieberte R. vom 16. V. bis 14. VII., zwei Monate hindurch.

Die Störungen des Allgemeinbefindens waren dementsprechend häufig schwere und zeigten sich in Abmagerung und Kachexie. Patient Sch. verlor im ganzen 28 Pfd. an Gewicht; die anderen Kranken kamen z. T. in sehr reduciertem Ernährungszustande zur Aufnahme. Bei Schl. gelang es unter roborierender Behandlung eine Gewichtszunahme vom 20 Pfd., bei Ha. eine solche von 27 Pfd. zu erzielen. Man konnte hieraus ersehen, wie sehr die Kranken zuvor gelitten hatten. Eine eigentliche Forme dénutritive, wie sie MOREL-LAVALLÉ beschreibt, haben wir niemals beobachtet.

Die Schwere des Leidens ergiebt sich ferner auch aus den Zahlen, die über die Dauer der Krankenhausbehandlung Aufschluſs geben. Zwölf Kranke wurden weniger als 100 Tage verpflegt, bei ihnen handelte es sich um eine Dauer von z. T. 25, 38, 45, 73, 82 Tagen. Mit verschiedenen Unterbrechungen wurde H. 108, Patient Schl. 158, Ha. 215, Sch. 289, Schu. 598 Tage verpflegt.

Sicher kommen, wovon wir uns wiederholt überzeugen konnten, nach Beendigung der ersten schweren Symptome bei der Syphilis maligna lange Pausen vor, in denen die Krankheit keine Erscheinungen macht. Das Krankheitsgift hat sich gewissermaſsen erschöpft. In anderen Fällen geht die Reihenfolge der Erscheinungen wenigstens in ein langsameres Tempo über, die später auftretenden ulcerösen Syphilide heilen unter Quecksilber und Jodkalium. Nur in seltenen Fällen kommt die Syphilis nicht zur Ruhe und führt noch nach Jahr und Tag zu schweren Veränderungen (vergl. Krankengeschichte von Br.).

Charakteristisch ist schlieſslich für viele Fälle die Wirkungslosigkeit der Hg-Therapie. Obgleich bei Sch. von Anfang an eine energische Schmierkur eingeleitet wurde, trat doch eine groſsfleckige Roseola nach vier Wochen und nach weiteren vier Monaten das ulceröse Exanthem auf. Die Hg-Kur hatte den Kranken nicht vor einem schweren Verlauf — der übrigens von Herrn Dr. ENGEL-REIMERS schon während der Behandlung des Primäraffekts vermutet und diskutiert worden war — schützen können.

Diese Machtlosigkeit der Hg-Therapie ist von vielen Autoren, so von LESSER, NEISSER, KOPP, MAURIAC etc. konstatiert worden. Auffallend gut wird dagegen das Jodkalium vertragen. Erreicht man bei einem Versuche auch damit keinen Erfolg, so ist es nach unseren Erfahrungen das Beste, zunächst von jeder spezifischen Therapie Abstand zu nehmen und nur durch ein roborierendes medikamentöses und diätetisches Regime, durch Darreichung eines Chinadecoctes, Mixt. Stokes etc. für Erhaltung und

Besserung des Kräftezustandes zu sorgen und von Zeit zu Zeit einen neuen Versuch mit dem Jodkalium zu machen. Man trifft dann in der Regel, nach einigem Probieren, auf einen Zeitpunkt, in dem das Jodkalium doch vertragen wird. Man kann dann eventl. mit dem Jodkalium auf 3, 4, 6, 8 g pro die steigen. Die ulcerösen Hautsyphilide beginnen sich zu reinigen und von der Peripherie, bezw. vom Centrum gleichzeitig aus zu überhäuten.

Die ulcerierten Hautstellen werden gewöhnlich nur mit Bor- oder Salicylwasserkompressen bedeckt; schmerzen sie sehr, so kann man dem Kranken unter Umständen durch lauwarme Vollbäder mit physiologischem Kochsalzzusatz grofse Linderung verschaffen, wie das MANCHOT hier zuerst ausgeführt hat. Im Stadium der Heilung ist es weiterhin erlaubt, versuchsweise die Geschwüre mit dünnen Sublimatlösungen (1,0 : 5000,0) zu verbinden, oder Sublimat-Vollbäder (10,0 oder 15,0 Sublimat pro balneo) zu geben, oder die kleinen ulcerösen Syphilide mit Hg-Pflastermull zu bedecken. Es mufs im Einzelfalle immer wieder ausprobiert werden, mit welcher Behandlung man am schnellsten zum Ziele kommt.

In seltenen Fällen läfst auch die Jodkaliumtherapie im Stich. Dann ist es gerechtfertigt, versuchsweise Jodothyrin zu geben.

1894 haben MENZIES[6] und 1897 POPPER[7] in der Wiener dermatologischen Gesellschaft über mit Jodothyrin behandelte und geheilte Fälle von Syphilis maligna berichtet. Unsere eigenen Erfahrungen sind darüber nur gering. In zwei Fällen (Schr. und R.) hatten wir absolut keinen Erfolg; dagegen wirkte es ausgezeichnet bei Patient Schl. Ebenfalls eine vorzügliche Wirkung sahen wir bei einer syphilitisch-kachektischen älteren Frau mit enorm gummöser Zerstörung des Craniums, Aneurysma aortae und chronischen Unterschenkelgeschwüren beiderseits. Hier gelang eine vollständige Überhäutung der z. T. monatelang bestehenden, eiternden, umfangreichen Hautdefekte. Die Kranke verliefs mit 11 Pfd. Gewichtszunahme das Hospital.

In schweren, der Therapie trotzenden Fällen würden wir demnach einen Versuch mit Jodothyrintabletten wohl für gerechtfertigt halten.

Fragt man nun nach den Ursachen, die einen so schweren Verlauf der Syphilis verschulden, so genügt die Untersuchung der bisherigen Fälle nicht. Wir werden weiter festzustellen haben, unter welchen Umständen die Syphilis überhaupt einen schweren Verlauf nehmen kann; kurz, wir werden neben der Syphilis maligna auch der Syphilis gravis unsere Aufmerksamkeit schenken müssen.

Erst daraus dürften sich bei sorgfältiger Untersuchung Gesichtspunkte

---

[6] MENZIES, *Brit. med. Journ.* 1894. A report on some recent cases of malignan Indian Syphilis treated with thyreoid extract.

[7] POPPER, *Wien. klin. Wochenschr.* 1897.

ergeben, die es erlauben, einen Einblick in die Pathogenese jener schwersten Syphilisformen zu gewinnen.

Unter den speziellen Ursachen schwerer Syphilis nennt Ory[8]: Lymphatismus, Skrophulose, langes Säugen, Schwangerschaft, chronischen Alkoholismus, ausschweifendes Leben, Sorgen, hohes Alter, vorhergegangene Krankheiten und Miseries.

Lancereaux[9] führt jugendliches (fötales) Alter, Rassenunterschiede, schlechte Hygiene, schlechte Ernährung, plötzlichen Temperaturwechsel und feuchtes Klima an. Fournier[10]: chronischen Alkoholismus, jugendliches und Greisenalter, Skrophulotuberkulose, Malaria, Armut und Elend, sowie nervöse Zerrüttung und Erschöpfung, hereditäre oder erworbene Prädisposition, unzureichende Behandlung, auch z. T. als Folge falscher Diagnose.

Moreira[11] nennt Impaludismus, Skorbut, Diabetes, Nierenkrankheiten, Herpetismus und Mangel einer vorausgegangenen Behandlung.

Ein Überblick über diese aufgezählten verschiedenartigen krankhaften Zustände hat wenig befriedigendes.

Kopp, Haslund, Neisser, Finger, Lesser nehmen deshalb an, dafs die Syphilis besonders schwer dann verlaufe, wenn sie auf „jungfräuliches" Terrain komme, d. h., wenn sie ein Individuum treffe, in dessen früheren Generationen niemals oder jedenfalls in sehr weit zurückliegender Zeit ein Fall von Syphilis vorgekommen sei.

Tarnowsky[12] und Nobel[13] wiesen dann darauf hin, dafs man die ulcerösen Formen der Syphilis als Mischinfektionen mit Eiterungen anzusehen habe und dadurch ihre Malignität bedingt sei, während Neumann[14] mit Recht dem entgegenhielt, dafs durch das Vorhandensein der Eiterbakterien der frühzeitige Eintritt der schweren Syphilisformen und der schnelle Verlauf nicht genügend aufgeklärt sei. Von anderer Seite wurden auch Eiterbakterien in den jungen vesicopustulösen Efflorescenzen vermifst (Möller).

Schliefslich wies Mauriac darauf hin, dafs es in einer Anzahl von Fällen überhaupt nicht gelinge, ein pathogenetisch bedeutsames Moment aufzufinden und dafs unter Umständen gerade kräftige und robuste Individuen von schweren Syphilisformen getroffen würden.

---

[8] Ory, Recherches cliniques sur l'étiologe des syphilides malignes précoces. Paris 1876.

[9] Lancereaux, Traité historique et pratique de la syphilis. 1866.

[10] Fournier, Des facteurs de gravité de la syphilis. [Semaine méd.] (Ref. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1886. pag. 667.

[11] Moreira, Etiologia da Syph. mal. précoce. Bahia 1891. (*Annales de Dermat.* 1893.)

[12] Tarnowsky, Syphilis maligna. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896.

[13] Nobl, *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 30.

[14] Neumann, Zur Ätiologie der Syphilis maligna. *Wiener med. Presse* 1897.

In den nachfolgenden Blättern sollen nun eine Anzahl der wichtigeren oben aufgezählten Momente auf ihre Bedeutung hin untersucht werden, und wir werden uns demnach zunächst mit den Beziehungen der Syphilis zum chronischen Alkoholismus zu beschäftigen haben.

1. Syphilis und Alcoholismus chron.

Die Annahme Orys, dafs der chronische Alkoholismus Ursache schwerer Syphilis sei, ist bereits von Lesser (1882) kritisiert und damals zurückgewiesen worden. Unter den von Lesser selbst beobachteten 12 Fällen von Syphilis maligna war jedenfalls kein eigentlicher Potator. Lesser machte weiter darauf aufmerksam, dafs, wenn wirklich ein Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Syphilis maligna bestünde, die letztere, bei der Verbreitung des Alkoholismus, viel häufiger zur Beobachtung kommen müsse, als es thatsächlich geschehe, und dafs man besonders bei Prostituierten, die alle mehr oder minder dem Alkoholgenufs ergeben seien, häufiger der Syphilis maligna begegnen müsse.

Dementgegen nimmt Fournier (1886) an, dafs unter den die Syphilis verschlimmernden Faktoren der Alkoholismus die erste Stelle einnehme. „Bei Alkoholikern zeigen die syphilitischen Geschwüre eine ausgesprochene Neigung zum Phagedänismus; die Manifestationen der Syphilis auf der Haut sind sehr ausgesprochen, und zwar derart, dafs entweder die gewöhnlichen Syphilide mit besonderer Intensität auftreten, oder vorzeitig schwere Formen sich einstellen, oder schliefslich in seltenen Fällen ganz neue Typen, welche Ähnlichkeit mit schweren Formen nichtsyphilitischer Dermatosen haben, sich unter dem Einfluss des Alkohols entwickeln. Diese Syphilide charakterisieren sich durch die beträchtliche Ausdehnung der einzelnen Plaques, gehören fast immer dem squamösen Typus an — führen manchmal zur allgemeinen Abschuppung der Haut — und folgen Schlag auf Schlag aufeinander in einer fast ununterbrochenen Reihe von Rezidiven. Die unter dem Einflusse des Alkohols stehende Syphilis führt leicht zur Kachexie; der Alkoholismus ist eine der vorzüglichsten prädisponierenden Ursachen der Hirnsyphilis — frühzeitiger Hirnaffektionen — ja schon im ersten Jahre auftretender.“ (Referat in der *Vierteljahrsschr. f. Dermatologie u. Syphilis* 1886. S. 667.)

In seiner 1886 erschienenen These erläutert Lainé diese einzelnen Angaben an der Hand einer Reihe von Fällen.

Bäumler giebt 1886 in seinem Werke über die Syphilis S. 259 nur an: „Chronische Krankheiten und Allgemeinzustände, unter denen namentlich chronischer Alkoholismus und ferner Gicht (die auch Zeissl anführt) genannt werden, bedingen häufig einen schweren Verlauf der Syphilis.“

Bei Juillien (1889) finden wir die Unterscheidung (S. 679): „S'agit'il

d'un excès passager, on peut voir survenir une éruption au bout de très peu de temps, alors que le virus sommeillait depuis plusieurs mois ou même plusieurs années. L'habitude alcoolique agit dans le même sens, d'une facon continue, et multiplie indéfiniment les poussées."

Maüriac (1890) sagt (S. 83): „Sur le conflit de la syphilis avec les maladies d'intoxication .... nos connaissances sont nulles ou très bornées. Ce que l'on sait le mieux, c'est que l'alcoolisme aggrave les manifestations de la maladie constitutionelle et que les effets des deux maladies peuvent se concentrer, aux phases ultimes, sur les viscères de l'abdomen, sur le rein et particulièrement sur le foie." Und bei Gelegenheit der Syphilis maligna praecox führt M. aus, dafs besonders der Alkoholismus zu frühzeitigen ulcerösen Prozessen der Haut führt, und weiter: „Quand les mêmes causes surviennent dans le cours de la syphilis, elles en aggravent le pronostic et font apparaître les manifestations ulcéreuses."

Lang (1895) spricht nur davon, dafs die Syphilis sich zu einer akuten galoppierenden Form bei durch Alkoholismus heruntergekommenen Individuen entwickele."

Nach Tarnowsky (1895 S. 433) hat der chronische Alkoholismus Einfluſs auf die ungünstige Lokalisation der Syphilis im Gefäſssysteme, in der Leber, den Nieren etc. „Dagegen scheint er weniger als andere Ursachen das raschere Auftreten der gummösen Periode herbeizuführen. Die akute Alkoholvergiftung führt besonders in frühen Syphilisperioden zur Entwickelung gemischter Ansteckungsformen, zur Bildung eitrig syphilitischer Knoten. Bei der tertiären Syphilis bewirkt zuweilen akute Alkoholintoxikation Veränderungen im Verlaufe gummöser Knoten, indem dadurch Phagedänismus verursacht wird."

Wie sich aus dieser, wenn auch keineswegs vollständigen, so doch jedenfalls das Wesentliche enthaltenden Zusammenstellung ergiebt, findet allerdings die Angabe von Lesser Bestätigung, dafs der Alkoholismus nicht Ursache der Syphilis maligna ist. Mit grofser Reserve möchte ich aber andererseits die Behauptung Schwimmers (Verhandlungen des Vereins ungarischer Dermatologen 1897) aufnehmen, dafs der Alkoholismus in der Ätiologie der Lues maligna keine so grofse Rolle spiele.

Wie sich vielmehr aus unserer Zusammenstellung ergiebt, sprechen sich die meisten Autoren dahin aus, dafs der Alkoholismus die Syphilis verschlimmere. Die Syphilis des Alkoholisten ist häufig eine Syphilis gravis, in seltenen Fällen eine wahre maligne Syphilis, und zwar soll die akute Alkoholvergiftung zur Phagedän des Schankers (Ulcus oeno phagedaenicum Ricords) führen, im sekundären Stadium der Syphilis provokatorisch wirken. Die chronische Alkoholvergiftung soll zu fortgesetzten Nachschüben Anlafs geben, das frühzeitige Auftreten pustulöser und ulceröser Syphilide begünstigen. Frühzeitig soll er zur Hirnsyphilis führen.

In den letzten Phasen beider Krankheiten kommt es zu Schädigungen der Abdominalorgane, speziell der Nieren und Leber.

Nach den hier gemachten Beobachtungen ist die ungünstige Wirkung des habituellen Schnapsgenusses auf die Syphilis aufser allem Zweifel.

Unter den Fällen maligner Syphilis sind 4, die wohl sicher Alkoholisten waren, K., R., Wee. und Sch. Aus den letzten 5 Jahren konnte ich ferner 20 Fälle von Syphilis und chronischem Alkoholismus bei Männern sammeln. Die angegebenen Quantitäten des genossenen Alkohols waren enorme, dementsprechend litten die Kranken bei der Aufnahme an Leberschwellung, Tremor des Gesichts, der Hände oder des ganzen Körpers, an alkoholischer Epilepsie, alkoholischem Delirium etc. Bei 7 Kranken kamen Primäreffekte zur Beobachtung. Von diesen müssen 4, als durch Alkohol modifizierte Schanker angesehen werden:

Th.: Am Innenblatt des Praeput. links ein halbmondförmiges, knorpelhartes Ulcus, dessen Oberfläche mit schwarzroten, fast brandig aussehenden Massen bedeckt ist.

S.: Am Sulcus dorsal. ein zehnpfennigstückgrofses, auf Glans und Praeputium mitübergreifendes, in der Mitte tief zerfressenes, eitrig belegtes, am Rande flaches, knorpelhartes Ulcus.

W.: Bohnengrofses Ulcus mit schmierigem Grunde und zerfressenen Rändern links im Sulcus retroglandul. Der Grund des Geschwürs knorpelhart verdickt.

J.: Im Sulcus coronarius rechts auf die Corona glandis und auf das Innenblatt übergreifend ein zehnpfennigstückgrofses Ulcus mit scharf abgesetzten unterminierten Rändern und zerfressenem, fetzig und speckig belegtem Grunde.

Den weiteren Verlauf der Syphilis sahen wir bei 15 dieser Kranken. Unter diesen bot 6 mal der Verlauf Besonderheiten.

1. Bei R., 31 J. alt, Kellner, aufgen. 2. I. 97, der sich 1896. II. infiziert hatte, fand sich 1897. I. Tremor alcohol. Leberschwellung. Pap. muc. penis et scroti. Pustulöse Syphilide auf Rumpf und Gliedern. Pusteln auf dem behaarten Kopfe. Pap. muc. tonsillar.

2. Sch., 48 J. alt, Kaufmann, aufgen. 15. VII. 98. Anfang März 98 infiziert. Seit 4 Wochen Ausschlag. Fettleibiger, vor der Zeit gealterter Mann mit Tremor alcohol. Glans penis schinkenfarben, wie abgeschält; Praeput. gleichzeitig induriert. Pap. mucos. penis, scroti, ad anum. Auf dem Leibe dichte Roseola. Zahlreiche Pusteln und Borken auf der Glatze und im Nacken. Vereinzelte Pusteln auf der Brust und den Schultern.

3. B., 50 J. alt, Reisender, aufgen. 29. I. 98. Vor 15 Jahren Syphilis acquiriert. 1896. V. apoplektiformer Anfall. Bewufstlosigkeit, Erbrechen. Oculomotoriuslähmung, reflekt. Lichtstarre, Doppelbilder, mäfsiges Potatorium, epileptiforme Anfälle bis zu 10 an einem Tage. 1898. 8—10 Kümmel pro Tag, aufserdem Bier. Habitus alcohol. Tremor. Ptosis rechts.

4. H., 45 J. alt, Koch. aufgen. 28. III. 98. 1897 im Mai Phimose, eine Affektion, der Pat. keine Bedeutung beimafs. Infiziert, soweit zu eruieren, in Hamburg. Bisher nicht ärztlich behandelt. Mitte Februar 1898 traten zuerst Stellen an den Geschlechtsteilen auf. Anfang März rote Flecke an den Beinen, die sich dann schnell ausbreiteten und zu eitergefüllten Blasen umwandelten. Seit 5 Tagen auch Ausschlag

im Gesicht. Bisher noch nicht ärztlich behandelt. Kommt auf Rat des Arztes ins Krankenhaus. Gew. 60 kg.

Status praesens: Kleiner fettleibiger Mann. Calvities vulgaris. Sklerödem und Phimose der Vorhaut. Relativ geringe Drüsenschwellung in den Leistenbeugen. In der Offnung des Präputialsackes kommt ein grofses, induriertes Ulcus zum Vorschein. Rechtsseitige äufsere Inguinalhernie. Scrotum mit linsengrofsen, nässenden Papeln dicht besetzt, ebensolche am After.

Über den ganzen Körper ausgebreitetes, sehr dicht stehendes varioliformes Syphilid.

Die einzelne Efflorescenz stellt auf der Höhe der Entwickelung eine linsengrofse Eiterblase mit centraler Decke, umgeben von einem mehrere Millimeter breiten kupferfarbenen, leicht erhabenen hämorrhagischen Infiltrationsring dar.

Die älteren Syphilide sind mit Borken bedeckt, die zum Teil schwarzbraun verfärbt sind. — Pustulöse Syphilide im Gesicht, rings um den Mund, auf der Nase, um die Augen, in den Augenbrauen, auf der Stirn und dem behaarten Kopfe. Mundhöhle frei. Zunge sehr trocken. Kein Fieber. Leichter Tremor alcohol. der gespreizten Hände. Emphysema pulmon. (Sublimatbäder.)

19. IV. Die pustulösen Syphilide sind mit lividen, braunroten, grubig vertieften, pockenähnlichen Narben geheilt.

Spaltung der Phimose in Chloroformnarkose. Der Schnitt fällt dabei durch den bohnengrofsen, schinkenfarbenen Rest des Primäraffekts auf dem Innenblatt.

22. V. Die gespaltetene Vorhaut ist völlig überhäutet. Das Exanthem geheilt. Kein Leukoderma. Geheilt entlassen. Gew. 56 kg. (Schmierkur vom 19. IV. bis 19. V. 22 Einreibungen mit Ung. cin.)

5. Sch., Friedrich Wilhelm August, 46 J. alt, Malergehülfe, aufgen. 8. IX. 99. Vor 10 Wochen Schanker der Vorhaut, seit 3 Wochen Ausschlag. Potus 30—40 Pf. pro die konzediert. Gew. 56 kg.

Auf dem Aufsenblatt der Vorhaut die noch indurierte Narbe des Primäraffektes. Allgemeine Adenopathie. Nässende Papeln am After. Psoriasis plantaris beiderseits. Linsengrofse pustulöse varioliforme Syphilide auf Rumpt, Gliedern und dem behaarten Kopfe, zum Teil mit hämorrhagischen Borken.

Schleimpapeln auf der Innenseite beider Lippen, am rechten Zungenrande und in beiden Backentaschen.

6. A., 42 J. alt, Arbeiter, aufgen. 25. IX. 96. Anfangs Verdacht auf Variola. Der ganze Körper von einem varioliformen Syphilid bedeckt, mit Ausnahme des Gesichts und der Hand- und Fufsflächen. An einzelnen Stellen bestehen bis markstückgrofse Rupiaborken; besonders finden sich die letzteren an den Hüften und Beinen. Zahlreiche Papeln auf dem behaarten Kopfe. Pharyngitis chronica. (Potatorium für 80 Pf. pro die zugestanden). Gonorrhoe-Phimose, auf dem Präputium zahlreiche Ulcerationen. Milz perkutorisch vergröfsert, aber nicht deutlich palpabel. Spurweise Albuminurie. Alkohol. Unruhe. Anfangs kein Fieber, später einzelne unerhebliche abendliche Temperatursteigerungen. Schmierkur. Geheilt entlassen am 15. XI. 96.

1888. I. Roseola. Breite Condylome am After. Tremor alcoholicus.

Von den anderen zeigte einer (L.) zerstreut stehende, mit flachen Krusten bedeckte Papeln auf Brust und Bauch; 4 kamen wegen Schleimpapeln verschiedener Lokalisation, 2 wegen papulosquamösen Exanthems, bez. squamöser konfluierender Syphilide im Kinnbart und an der Stirnhaargrenze, einer hatte ausgebreitete Gruppen von Knotensyphiliden, einer kam wegen eines Rachenkatarrhs.

Erwägt man, daſs man es bei diesen Beobachtungen immer nur mit einzelnen Phasen der Syphilis zu thun hat, daſs die schwereren Krankheitserscheinungen mit leichteren abwechseln können, die nur in Schleimpapeln des Mundes oder der Genitalien bestehen und daſs die Kranken auch oft wegen dieser leichteren Affektionen das Krankenhaus aufsuchen, so wird uns der ungünstige Einfluſs der Alkoholvergiftung vollkommen klar. Insbesondere sehen wir an den Exanthemen die Neigung zur Pustelbildung, also zur Eiterung, ferner auch zu Blutungen ausgesprochen.

Unter 21 Weibern, und zwar Prostituierten, die alle exquisite Alkoholistinnen waren, war keine einzige, die eine Lues maligna gehabt hätte.[15] An Syphilis gravis litt

H., 31 J. (aufgen. 22. III. 98), die 1887 in München bereits eine Hg-Kur durchgemacht hatte und 1898 in der Gürtelgegend, am Rücken, am Gesäſs, sowie an der Hinterfläche der Oberschenkel eine groſse Zahl bis markstückgroſse Narben mit hellbraun pigmentiertem Hofe und ein ulceröses Syphilid rechts neben der Clitoris zeigte. Im März d. J. kam Pat. wieder mit einem ulcerösen Syphild in der Crena ani und Gummata, an den Extremitäten und am Rumpfe.

Aufserdem verdienen 2 ältere Kranke hervorgehoben zu werden:

G., 54 J. (aufgen. 5. VIII. 97), die 1882 wegen chronischem Alkoholismus, Epilepsie und Delirium aufgenommen war, dann 1884—90 4mal wegen fortwährend rezidivierender Knotensyphilide am Rücken, den Oberschenkeln und Fuſssohlen und weiterer alkoholischer Erscheinungen der Krankenhausbehandlung bedurfte. 1890. XI. kam sie noch einmal mit einem ulcerösen Syphilid der Urethra.

und R.. 54 J. (aufgen. 5. I. 97), die bereits vor 16 Jahren eine Schmierkur durchgemacht hatte. Sie kam

1891. XII. mit Knotensyphiliden,

1892. VI. mit Gummata lab. inf. et sup. oris,

1893. X. mit tertiär syphilitischem Geschwür am rechten Unterschenkel und Tremor alcohol.,

1897. I. mit Lichen syphilit., Gumma am linken Unterschenkel und Tremor alcohol. zur Aufnahme.

Wenn es sich hier auch um ältere Individuen handelt — die Bedeutung des höheren Lebensalters für den Verlauf der Syphilis wollen wir später untersuchen —, so offenbart sich doch in diesen Fällen von Alkoholistinnen schwerster Sorte eine Neigung zu fortwährendem Rezidivieren der Syphilis.

3 Weiber (J., J. und B.) wurden wegen alkoholischen Deliriums und Syphilis aufgenommen; von ihnen zeigte eine (B.) ein papulosquamöses

[15] Fournier (*Annales de Dermatologie et Syph.*) berichtet über folgenden Fall: 24j. Mädchen. Noch nicht vernarbtes Ulcus des Labium majus, polymorphes papulöses, papulo-tuberkulöses und tuberculo-ulceröses Syphilid, bei dem die ulcerösen Elemente vorherrschen. Das Mädchen ist Kellnerin und trinkt täglich 30 Glas Bier, 3—4 Absinthe, 3—15 kleine Glas Branntwein und mehrere Glas Likör. Es kommen also doch Fälle von Syphilis maligna bei Alkoholisten vor.

Exanthem von zum Teil hämorrhagischer Beschaffenheit. Das Exanthem war sehr dicht und rezidivierte nach 7 Monaten.

Wenn man diese Fälle sichtet und untersucht, muſs man meines Erachtens den Puellen eine Sonderstellung einräumen.

Zunächst erfordert ihre Syphilis eine ungemein sorgfältige Behandlung; es genügt eine einzige sicher konstatierte Schleimpapel, um sie dem Krankenhause zuzuführen; auf der anderen Seite kommen die Prostituierten relativ frühzeitig — zwischen dem 17.—20. Lebensjahre — in die Bordelle. Sie erwerben dann in der weitaus gröſsten Zahl in den ersten 2 Jahren daselbst die Syphilis, also zu einer Zeit, wo der in den Bordellen häufige Alkoholgenuſs noch keine dauernden schädlichen Folgen auf den ganzen Organismus ausgeübt hat. Die jugendlichen Prostituierten sind noch keine Alkoholistinnen, sie werden dies erst später.

Zum Beweis habe ich einige Fälle zusammengestellt.[16] Es würde nicht schwer fallen, die Zahl noch erheblich zu vergröſsern.

Bezüglich der gummösen Erkrankung der Leber sind u. a. JUILLIEN und NEUMANN der Ansicht, daſs der Alkoholgenuſs disponierend wirkt. Ein klares Urteil ist nicht leicht darüber zu gewinnen, weil die Lebergummen wohl nur in beschränkter Zahl klinisch erkannt werden, viel häufiger bilden sie und ihr Folgezustand, die syphilitisch gelappte Leber, einen zufälligen Sektionsbefund.

Um ein Bild von der Lokalisation der tertiären Syphilis in den einzelnen Organen zu gewinnen, habe ich aus den letzten 5 Jahren die Fälle der bei der Obduktion sicher syphilitisch befundenen erwachsenen Individuen zusammengestellt und alle diejenigen nicht dabei in Betracht ge-

---

[16] Fälle, die den Zeitpunkt des Eintritts der Alkoholschädigung illustrieren, sind die folgenden:

B., 24 J., P. P. (aufgen. 11. III. 97).
1888. Ulcus. Sklerödem. Pap. muc.
1889. Pap. muc. nymph., oris, tonsill.
1892. VI. Unter Sittenkontrolle gestellt.
X. Pap. muc. lab. pudend.
1895. IV. Alcoholismus chron.
1897. XI. Ulcus am rechten Stimmbande, dasselbe heilt unter Hg-Kur.

B., 21 J., P. P. (aufgen. 5. I. 97).
1883. Leukoderma. Condyl. lata lab. maj. et ani; Pap. muc. nymph., linguae.
1895. VIII. Ulceröses Syphilid der Portio.
1896. VII- Tremor alcohol. Ulceröses Syphilid der Portio.

R., 29 J., P. P. (aufgen. 12. XII. 97).
1894. XII. Cicatrix indurat.; Pap. muc.
1895. II. Pap. muc. tonsill.
VIII. Pap. muc.; Roseola.
1897. XII. schankriforme Analfissuren, chron. Alkoholismus.

S., 37 J., P. P. (aufgen. 17. II. 97).
1878. IX. Ulcus gl. Barthol. dext.; Pap. muc. tons.
1879. IV. Condyl. lata. Pap. muc. malae. Exanthema squam. capillitii.
1880. V. Pap. muc. nymph. et linguae.
1891. VI. Tremor alcoholicus.

zogen, die nur Hodenschwielen aufwiesen (11); auch Fälle von Aortenaneurysmen und Tabes habe ich nicht mit aufgenommen und danach unter 4196 Autopsien 40 Sektionen syphilitischer Individuen gefunden. Dieselben verteilen sich auf 18 Weiber und 22 Männer.

Das durchschnittliche Lebensalter der ersteren betrug 43,3, das der letzteren 42,9 Jahre.

Es fanden sich

Narben im Pharynx, Tonsillen, Epiglottis bei 4 Individuen,
syphilitische Bronchialstenose 2 mal,
Syphilis des Gehirns und der Gehirngefäfse 9 mal,
Syphilis der Leber 17 mal,
schwielige und gummöse Orchitis 10 mal,
Syphilis des Mastdarms 3 mal,
gummöse Lymphome 1 mal,
Syphilis des Skeletts 8 mal.

Es ergiebt sich daraus, wie ungemein häufig die Leber Sitz der Erkrankung war, und zweitens die bemerkenswerte Thatsache, dafs in einer Reihe von Fällen neben der Lebererkrankung anderweitige luetische Affektionen bestanden.

So war 1 mal die Syphilis in Leber, Hoden und Pharynx lokalisiert,
3 mal in Leber und Hoden allein,
1 mal in Leber, Bronchialwand und Skelett,
1 mal in Leber, Skelett und Pharynx,
2 mal in Leber und Skelett allein,
1 mal in Leber und Milz,

d. h. 9 mal unter 17 Fällen bildete die Lebersyphilis nur einen Teil der verschieden lokalisierten Herde der Syphilis.

Unter den übrigen 8 Fällen[17] ist nur einmal chronischer Alkoholismus angegeben. Es lagen also zweifellos höhere Grade von Alkoholismus bei diesen Fällen nicht vor. Nimmt man aber auch an, dafs die meisten Alkoholisten gewesen wären, so wäre das erst die Hälfte der überhaupt

[17] 1. D., 42j. Frau, † 9. I. 97. 10 Tage post partum. Mitralstenose, gelappte Leber. Zungengrund glatt.
2. L., 44j. Schutzmann. Alcoholismus chron. Gumma der Leber, stirbt infolge Tuberkulose.
3. K., 29j. Haushälterin. Maculopapul. Exanthem, stirbt infolge akuter gelber Leberatrophie.
4. N., 44j. Reisender. Syphilit. Lebernarben.
5. P., 42., P. P. Pneumonia chron. sin. Pericarditis. Hepar lobat. syphilit. (Cirrhosis et gummata). Amyloid. glatter Zungenrand mäfsigen Grades.
6. B., 38j. Kaufmann. 1887 Schanker, stirbt 1896 an syphilit. Lebercirrhose mit Narben.
7. S., 58 J. Stirbt an Debilitas cordis. chron. Nephritis. Hydrops. syphilit. gelappte Leber.
8. P., 47 J. Interstitielle Lebersyphilis. Ikterus. Ascites. Geplatzte Ösophagusvaricen.

beobachteten Fälle von Lebersyphilis. In 9 Fällen bildete die Lebersyphilis nur ein Glied in der Kette der syphilitischen Erscheinungen.

Für die letztere Gruppe von Fällen erscheint es mir völlig willkürlich, die Lebererkrankung als Folge des Alkoholismus anzusehen. Wir müssen deshalb LANG, BÄUMLER und MAURIAC zustimmen in dem Eingeständnis, dafs wir über die Ursache der Lokalisation der Lebersyphilis so gut wie gar nichts wissen.

In auffälligem Gegensatz zur Häufigkeit der syphilitischen Lebererkrankung steht die Seltenheit der Nierenaffektionen und die grofse Schwierigkeit einer sicheren Diagnose in klinischer und anatomischer Hinsicht. Nierengummen sahen wir in den letzten Jahren überhaupt nicht. Die vorkommenden Fälle von Nierenschrumpfung waren in ihrer Deutung zweifelhaft. Einer besonderen Untersuchung müfste es vorbehalten bleiben, beweisende klinische und anatomische Fälle derart beizubringen.

Was schliefslich die Beziehungen der Syphilis der Alkoholisten zu Erkrankungen des Gehirns, d. h. die Lues cerebri der Alkoholisten betrifft, so reichen auch da unsere Beobachtungen nicht aus, und zwar deshalb, weil solche Fälle zumeist in die Hände der inneren Kliniker und Neurologen übergehen. Man kann wohl an der Richtigkeit der Annahme, dafs das Gehirn syphiliskranker Alkoholisten besonders gefährdet ist, nicht zweifeln, wenn man sich die Zusammenstellung TARNOWSKYS vor Augen hält, wonach von 100 Patienten mit Lues cerebri 43 Gewohnheitstrinker waren, während 29 an Neurasthenie litten, 6 geistig überarbeitet waren und 5 eine Kopfverletzung erlitten hatten. Nur bei 23 fehlte jedes dieses Momente.

Unter den oben zusammengestellten männlichen Alkoholisten war nur einer mit Lues cerebri. Bei 7 anderen Fällen von Gehirnsyphilis war 2mal Potatorium nachweisbar. 1mal ohne genügende antisyphilitische Behandlung in der Frühperiode, die auch noch in 2 weiteren Fällen vermifst wurde, 1mal war der Schanker ohne Sekundärerscheinungen geblieben, 2mal war eine Ursache des Auftretens der Syphilis im Gehirn nicht nachweisbar.

Wenn wir das Resultat aus diesen Überlegungen ziehen, so ergiebt sich, dafs die Syphilis unter dem Einflufs des Alkohols häufig anormal und zwar schwerer verläuft als gewöhnlich; und zwar zeigt der Schanker Neigung zum Zerfall; die Exantheme sind ausgebreitet, häufig pustulös, bez. varioliform, dabei die Haut zu Blutungen disponiert. Gelegentlich zeigen die Fälle ausgesprochene Neigung zum Recidivieren. Die Leber ist dasjenige Organ, das in der tertiären Periode am häufigsten erkrankt gefunden wird, und zwar kann die Lebersyphilis eine Teilerscheinung weiterer syphilitischer Manifestationen sein, dann läfst sich ein Urteil über

die Ursache der Erkrankung der Leber überhaupt nicht abgeben; oder aber die Leber ist allein erkrankt, dann ist unter Umständen an eine Disposition durch den Alkoholgenuſs mit zu denken.

Im Gegensatz zu der häufigen Erkrankung der Leber ist das Vorkommen einer ausgesprochenen Nierensyphilis selten.

Das Centralnervensystem der Alkoholisten wird durch die Syphilis sehr gefährdet.

2. Syphilis und Tuberkulose.

Unter dem Einfluſs der Tuberkulose, der wir uns nunmehr zuwenden wollen, entwickeln sich nach FOURNIER mit Vorliebe die feuchten Formen der Syphilide. Hier sehen wir häufig Ekthyma, Impetigo, Rupia syph. auftreten. Zahlreiche Adenopathien bleiben nicht aus, Keratitis, Gelenkentzündungen, Larynxaffektionen, Ozaena — dieses findet sich vorzugsweise bei diesen Kranken.

LAINÉ fügt dem hinzu, daſs gelegentlich wahre Mischformen der Skrophulotuberkulose mit Syphilis auftreten „ce sont en un mot de véritables scrophulo-syphilides."

Was den Primäraffekt betrifft, so hat dieser bei Skrophulösen eine groſse Tendenz sich auszubreiten, zu vergröſsern, zu ulcerieren und zu eitern. Er ist feuchter als gewöhnlich. RAMONAT sagt geradezu: „Quoi de plus naturel d'ailleurs à ce que la scrophule, diathèse ulcéreuse et suppurative par excellence, vienne imprimer son cachet sur les lesions de la vérole."

Bei Bubonen, die entstehen, kommt es infolge dessen zu Vereiterung, zur Fistelbildung und verzögerter Heilung.

KAPOSI äuſsert sich in seinem Lehrbuch, S. 351, dahin, daſs bei mit Skrophuloderma und Lichen scrophulosorum behafteten Personen das Frühexanthem schon als kleinpapulöses Syphilid (Lichen syphilit.) zu erscheinen pflegt.

Ferner pflegt bei Skrophulösen und Tuberkulösen der geschwürige und destruktive Verlauf der spezifischen Produktion überaus heftig zu sein. Auch durch die Schwierigkeit einer genügenden Anwendung von Jod und Quecksilber werden die Fälle schwer.

NEUMANN (1896) führt Skorbut, Skrophulose und Tuberkulose zusammen auf und betont, daſs unter diesen Dyskrasien die Syphilis einen nicht selten raschen und schweren Verlauf nehme (S. 149). Namentlich der Tuberkulose kommt in dieser Beziehung eine verhängnisvolle Rolle zu, indem tuberkulöse Personen schon im Frühstadium der Syphilis durch besondere Neigung zum Zustandekommen der so schwer heilbaren kleinpapulösen Exanthemformen, des sogen. Lichen syphilit. sich auszeichnen, während in der Folge ulceröse und gummöse Formen mit besonderer Häufigkeit auftreten.

SENGER, Inaug.-Diss. Berlin 1883. Drei Fälle.	1. Stud. med. phthisisch belastet. Erkrankt mit Abmagerung, Appetitlosigkeit. Husten, Schwäche, münzenförmiges Sputum. Nachtschweiße.	Infiltration der r. Lungenspitze. Dämpfung. Klingende und andere Rasselgeräusche. Zustand hoffnungslos.	Acquiriert Ulcus durum. Danach Exanthem.	Injektionskur nach LEWIN.	Nach drei Monaten ist Patient kräftiger. Husten und Auswurf nehmen ab.	Praktisierte später.
	2. Identisch mit ZEISSL, *Wochenschr. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien.* 1863.	Lungentuberkulose, deshalb Aufenthalt in Venedig.	Impft sich am l. Arm mit dem Sekret eines Lippenschankers. Drei Wochen später Initialsklerose, dann papulöses Syphilid.	Schmierkur.		1869 erlag Patient seiner Tuberkulose, auf welche die Syphilis keinen beschleunigenden Einfluß zu nehmen schien.
	3. 21jähriger Mann.	Lupus der r. Hand, skroph. Abscesse der Halsdrüsen, chron. Tuberkulose beider Lungen.	Am 5. V. 1862 Impfung mit Schankersekret. Am 11. VI. harter Schanker. Am 15. VII. papulöses Syphilid. Im X. linkss. Pneumonie und Iritis dextra.	Ohne Behandlung	schwanden die syphil. Erscheinungen.	1864 II. Tod infolge progressiver Lungentuberkulose.
THORNER, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892.	22jähriger Mann.	Lungentuberkulose.	Acquiriert 1888 Syphilis.	Zwei Monate lang Schmierkur.	Die antisyphilitische Behandlung hatte einen ungünstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden. 1889 Lungenblutungen, alle sechs Wochen sich wiederholend.	Nach Jodkalium- und Tuberkulinkur allmähliche Besserung vom Februar 1890 ab. Am 1. V. 91 konnte Patient seine geschäftliche Thätigkeit wieder aufnehmen.

JACQUINET 1895. Drei Fälle.	1. 49jähriger Mann.	Erkrankung beider Lungenspitzen r. u. l.	Schanker, Roseola u. Schleimpapeln. Ulceröse Syphilide der Stirn.	Erhält Pillen,	danach mehr Auswurf, schlechter Allgemeinzustand.	Erholt sich langsam.
	2. . . . . (STIEFFEL).	Seit mehreren Monaten tuberkulös.	Acquiriert Syphilis.	Schmierkur.	Vorübergehende Besserung.	Stirbt einige Monate später.
	3. 24jährige Frau (STIEFFEL).	Hustet seit vier Jahren.	Acquiriert Syphilis vor einem Jahre.	Unter der antisyphilitischen Behandlung schnelle Verschlechterung, sodafs dieselbe ausgesetzt werden mufs.	In den letzten sechs Monaten Verschlechterung des Lungenbefundes.	
ABRAHAMS 1895. *Medical record.*	35jähriger Mann.	Husten, Haemoptoe. Tuberkelbacillen im Auswurf.	Schanker, die Sekundärerscheinungen treten unter starkem Fieber auf.	Schmierkur.	Unter der Schmierkur schwindet nicht nur die Syphilis, auch die Tuberkulose heilt aus.	
ROSS 1896. *Medical record.*	18jähriger Mann.	Beg. Lungentuberkulose m. Blutungen, Nachtschweifse, Husten, Auswurf.	Syphilis acquiriert.	Schmierkur.	Heilung sowohl der Syphilis wie der Tuberkulose.	Ist sieben Jahre nach der syphilit. Infektion vollständig gesund.
PORTUCALIS 1890. *Zeitschr. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen.*	erwähnte 12 Fälle von Tuberkulose und Syphilis auf dem Tuberkulosekongrefs in Berlin. In diesen Fällen, sowie in vier neuen (*Zeitschr. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen*) trat Besserung der Tuberkulose nach der syphilitischen Infektion ein.					
BAUDOUIN, *Thèse de Paris.* 12. Beobachtung.	28jähriger Mann phthisisch belastet. 1877 lungenleidend.	Von Zeit zu Zeit Hämoptysen.	1884 Schanker, Papeln im Munde, Rupia syphilit. 1885 Glossitis sclerosicans, Perforation des weichen Gaumens.		1885 auf den Lungen nichts mehr zu konstatieren.	

Eigene Beobachtung. H. 16. XI. 97.	22jähriger Mann.	Dämpfung über der r. Lungenspitze. Auswurf mit Tuberkelbacillen.	Vor sechs Wochen Schanker, Papulo-squam. Syphilide des Rückens, Pap. muc., Pusteln des behaarten Kopfes.	Schmierkur.	Wiederaufnahme am 4. IV. 98.	Der phthisische Prozefs des r. oberen Lungenlappens ist vorgeschritten, auch der l. Apex nicht frei. Leukoderma. Sonst keine Zeichen von Syphilis. Einmal Hämoptoe.
do. N. 16. XI. 98.	31jähriger Mann.	Husten seit zwei Jahren. Hämoptysen. Im Auswurf Tuberkelbacillen.	Vor fünf Wochen Ulcus durum, Bubo inguinal. sin.	Schmierkur.	Wiederaufnahme am 12. IV. 99. Roseola, mit vereinzelten schuppenden Papeln auf dem Scrotum. Hochgradige Heiserkeit. Flache Ulcerationen auf dem Zungengrunde. Epiglottis gleichmäfsig infiltriert und in einen dicken Wulst verwandelt. Stimmbänder klar.	
do. R. 13. VI. 99.	22jähriges Mädchen, vom 16. Jahre an lungenleidend.	Gelegentlich Blut im Auswurf. 1895 14 Wochen in Andreasberg.	Breite Condylome der Genitalien, Pusteln und Borken auf dem behaarten Kopfe, Pap. muc. linguae et tonsillar.		Zur Zeit keine Erscheinungen von Seiten der Tuberkulose. War gravida im VIII. Mens. Geburt eines totfaulen Kindes.	
Monteverdi 1899. *Gazz. degli ospedali et delle clin.* No. 91.	.....	Vorgeschrittene Tuberkulose der Lunge.	Acquisition von Syphilis.			Alle Symptome der Tuberkulose verlieren sich in rapider Weise.

Die Beziehungen der Skrophulose zur Syphilis möchte ich am Schluſs dieses Abschnittes einer kurzen Besprechung unterziehen. Zunächst handelt es sich für uns um den Verlauf der Syphilis bei Tuberkulösen. Ich verfüge nur über sehr wenige — im ganzen drei eigene — Beobachtungen der Art und habe auch aus der Litteratur nur wenige (14) Fälle zusammenstellen können (siehe die beifolgende Tafel), auſser PORTUCALIS, der über 16 Fälle von syphilitisch infizierten Phthisikern berichtet.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich nun, daſs ein papulöses Exanthem zweimal notiert ist.[18] Ein ulceröses Syphilid der Stirn hatte ein Kranker JAQUINETS. Im Falle ABRAHAMS traten die Sekundär-erscheinungen unter heftigem Fieber auf. Bei BAUDOUIN handelte es sich um eine schwere Syphilis mit Rupia, die schon im zweiten Jahre nach der Infektion zu sclerosierender Glossitis und Gaumenperforation führte.

In den übrigen Fällen ist nichts von einem anomalen Verlaufe der Syphilis gesagt.

Es wäre nun verfehlt, bei Kombination zweier so schwerer Erkrankungen, wie sie die Syphilis und die Lungentuberkulose darstellen, die letztere ganz auſser Acht zu lassen. Die Kranken befinden sich in einer gefährlichen Lage und die Tuberkulose kann während der Frühperiode der Syphilis leicht einen verhängnisvollen Verlauf nehmen. LANDOUZY sagt mit Recht: „La syphilis aggrave le pronostic de la tuberculose et en active la marche.“

So erlagen denn auch nach unserer Statistik vier Fälle sehr schnell der fortschreitenden Lungentuberkulose (2 Fälle von SENGER und zwei von JAQUINET, STIEFFEL) und in einem trat die Erholung sehr langsam ein (JAQUINET).

In den anderen Fällen war der Verlauf, soweit sich die Beobachtung erstreckte, ein günstigerer. Die Tuberkulose besserte sich, in einigen Fällen trat Arbeitsfähigkeit, ja anscheinend volle Heilung ein, ein Umstand, der in einer Reihe von Fällen den ärztlichen Beobachtern so überraschend war, daſs er zur Publikation direkt den Anlaſs gab. Besonders PORTUCALIS hat eine ganze Reihe (16) solcher Fälle beobachtet und über vier derselben in der *Zeitschr. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen* berichtet. Es ist aber meines Erachtens verkehrt, aus solchen Beobachtungen auf einen Antagonismus zwischen Syphilis und Tuberkulose, wie es geschehen ist, schlieſsen zu wollen. Unsere Kenntnisse über diesen Gegenstand sind viel zu gering, um zu solchen Schlüssen zu berechtigen.[19]

---

[18] Wie sich weiterhin ergeben wird, haben auch wir eine ganze Reihe papulöser bezw. papulosquamöser Exantheme bei Tuberkulösen gesehen.

[19] Nicht nur von klinischer Seite, sondern auch von anatomischer ist ein unter Umständen günstiger Einfluſs der Syphilis auf tuberkulöse Prozesse angenommen worden, wie die Mitteilungen von RINDFLEISCH, COUNCILMAN, CHIARI, SIMON-BOSSE lehren. Es war in diesen Fällen unter dem Bilde end- und periarteriitischer Prozesse

Dafs die Syphilis ein bereits tuberkulöses Individuum trifft, dürfte bei der Verbreitung beider Krankheiten häufig genug vorkommen. Die Tuberkulose ist aber vor der syphilitischen Infektion nicht immer manifest. Öfter dürfte es sich daher ereignen, dafs nach stattgehabter syphilitischer Infektion die Tuberkulose in die Erscheinung tritt. Hier kann nun die Sache so liegen, dafs entweder eine bis dahin latente Lungenphthise unter dem Einflufs der frühsyphilitischen Chlorose und der allgemeinen Ernährungsstörung (nach MOREL-LAVALLÉE sollen Patienten mit Syphilis dénutritive besonders für Tuberkulose empfänglich sein) zum Ausbruch kommt; oder aber die Verhältnisse liegen so, dafs durch die Syphilis erst die Disposition zu einer tuberkulösen Erkrankung geschaffen wird. Von den Tonsillen, vom Pharynx oder Kehlkopf aus, kann beim Vorhandensein von Papeln oder anderen syphilitischen Produkten, leichter als sonst, die tuberkulöse Infektion erfolgen. Die im Kehlkopf häufig vorkommenden Mischformen sprechen für eine solche Möglichkeit. Es wird dann die Tuberkulose auf den syphilitischen Boden gewissermafsen aufgepfropft.[20] Auf der anderen Seite mufs man freilich

zu einer ausgedehnten Kapillarofibrosis- und Schwielenbildung gekommen, die die Tuberkelknötchen umfafsten. An dem letzteren selbst war eine fibröse Metamorphose zu bemerken (SIMON).

[20] H., Louise Wilhelmine Ida. 44 J. Aufgenommen 26. VI. 1891.
1871. Graviditas. Exanthema maculos., Papul. mucosae.
1872. Ruptura perinei post partum.
1873. Rhagades labii infer.
1875. Exanthema tuberculosum.
1876. Ulcus ad urethram, Pap. muc. linguae, labii inf. oris, Exanthema maculosquamos.
1877. XI. Exanthema squamos. nasi, frontis, labii sup. Graviditas.
1878. Puerperium. Ruptura perinei. (Abortus mens. V.)
1881. IV. Abortus mens. V.
1891. VI. Patientin kommt wegen einer Affektion der Nase, die seit ca. 3/4 Jahren besteht. Bisher vergeblich mit Jodkalium behandelt.
Leidlich genährtes, etwas anämisches Individuum. Gewicht 118 Pfd. Keine Adenopathie, kein Leukoderma. Dacryocystitis links und Ectropium des linken unteren Augenlides. Die Oberlippe ist etwas geschwollen. Die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens und der vorderen Gaumenbögen und uvula ist in toto geschwollen und aufgelockert, mit zahlreichen kleinen Knötchen, die z. T. zerfallen sind, besetzt. Die Mitte des harten Gaumens ist verwandelt in ein flaches, mit schmierigem Sekret belegtes, unregelmäfsig begrenztes Ulcus. Eine Perforation ist nicht nachzuweisen. Narben am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand. Die Schleimhaut des Aditus nasi sin. ist ebenfalls in ein ringförmiges, oberflächliches Ulcus umgewandelt, mit Borken bedeckt. Nasengerüst intakt. Die Lungen sind nicht nachweislich afficiert. Es bestehen zahlreiche pigmentierte Narben an den unteren Extremitäten. Vordere Synechien der Iris links und Leukom der Cornea (vor 4 Jahren privatärztlich behandelt). An der Streckseite des rechten Oberarmes ein gut 5 Markstück-grofses rundes Ulcus, mit Borken bedeckt. (Traitement mixte.)
Am 20. VII. Status idem. Es ist absolut keine Änderung eingetreten und wohl unzweifelhaft, dafs es sich um einen Lupus vulgaris handelt, der aber, wie strahlige Narben am weichen Gaumen und an der hinteren Pharynxwand zeigen, sich auf einem spezifischen Terrain etabliert hat. — Etwa 1½ cm oberhalb des Naseneinganges befindet sich eine circa kirschengrofse Perforationsöffnung im Septum cartilagin.
Laryngoskopisch keine Anomalie.

im Auge behalten, dafs bei bereits vorhandener tuberkulöser Erkrankung der Luftwege sich die Syphilis sekundär an Stellen besonderer Reizung lokalisieren kann. Solche Fälle bieten sowohl für den Kliniker, als für den Anatomen bez. der Analyse ihrer Pathogenese grofse Schwierigkeiten.

Es war notwendig, diese Fragen zu streifen, obwohl sie uns vom Wege etwas abgeführt haben, denn beide Krankheiten, sowohl die Tuberkulose wie die Syphilis, sind häufig eminent chronische, und wir müssen weiter untersuchen, wie gestaltet sich denn der Verlauf der Syphilis, wenn nach der stattgehabten syphilitschen Infektion die Tuberkulose manifest wird. STIEFFEL berichtet in seiner Dissertation über 31 Fälle alter Lues mit nachfolgender Tuberkulose. Es ist aus den mir vorliegenden Mitteilungen nicht bekannt geworden, dafs der Verlauf der Syphilis ein schwerer gewesen wäre.

Den eigenen Untersuchungen über diesen Punkt liegen Beobachtungen von 19 Puellen zu Grunde, die seit dem Jahre 1885 hier an Phthisis pulmonum starben.

Bei 6 von diesen trat die Phthise in den ersten drei Jahren nach der syphilitischen Infektion auf (M., H., V., Fr., B., Br.). Bei 2 (Fr. und Br.) wurden nur Schleimpapeln beobachtet, bei M., die im September 1884 infiziert wurde, im Mai 1885 ein schankriformes Syphilid der Urethra, dann Husten, Appetitlosigkeit, Nachtschweifse etc., Exitus letalis im

---

Am 18. VIII. zur Hautabteilung verlegt.

20. X. Patientin ist dreimal mit dem Paquelin gebrannt worden. Der Lupus am inneren Augenwinkel des linken Augus und auf der linken Backe ist geheilt — es besteht nur starke Epiphora — ebenso die Nase. Im Septum cartilag. ist eine reichlich erbsengrofse Öffnung jetzt ebenfalls von Narbenrändern umgeben. Der Lupus am Palatum durum ist ebenfalls viel besser, nur in der Mitte ist ein 5 Pfennigstückgrofses, flaches Geschwür.

Patientin hat sich sehr erholt, wiegt 126 Pfd. Von Syphilis ist nichts vorhanden. Entlassen am 20. X.

1893. 10. II. Patientin leidet seit dem Winter 1891/92 an zunehmendem Husten, Auswurf und Nachtschweifsen. Kein Durchfall. Bisher nicht privatärztlich behandelt. Menses fehlen seit 2 Jahren. Gewicht 118 Pfd.

Bleiches und elendes Aussehen. Geringes Ödem der Unterschenkel. Linker Nasenflügel und das häutige Nasenseptum durch Lupus zerstört. An der Nasenspitze und dem rechten Nasenflügel ebenfalls Lupusknötchen. Rechtes Nasenloch verengert.

Auf der Mitte des harten Gaumens ein reichlich markstückgrofses Lupusgeschwür, flach, kreisrund, mit gezackten, wenig infiltrierten Rändern, dahinter am weichen Gaumen und der hinteren Pharynxwand die charakteristischen tertiären Narben.

Rechts vorn intensive Dämpfung von der Clavicula bis zur dritten Rippe mit lautem bronchialen Exspirium. In der Fossa supraclavicul. tympanitisch, mit Schallwechsel beim Öffnen und Schliefsen des Mundes.

Hinten rechts Dämpfung bis zur Spina scapulae mit Bronchialatmen. Weiter abwärts überall Pfeifen und Schnurren.

Linke Lunge nicht wesentlich affiziert. Harn ohne Eiweifs. Kein Fieber.

An der Aufsenseite des rechten Oberarmes, dem Ansatze des M. deltoides entsprechend, eine fast hühnereigrofse, weifse, dünne Narbe, von einem schmalen, rotbraunen, teils mit feinen Schuppen, teils mit dünnen Borken bedeckten Saum umgeben. Diese Stelle sieht makroskopisch möglichst spezifisch aus.

Patientin wird am 4. Juni 1893 wieder gebessert entlassen; ist dann aber an Phthisis pulmonum zu Grunde gegangen und hier im Krankenhause gestorben.

November 1885. Bei den übrigen 3 kam einmal ein kleinpapulöses, in Gruppen geordnetes Syphilid, einmal eine Roseola papulosa und einmal ein lentikuläres papulöses Syphilid auf den Oberschenkeln und am Truncus zur Beobachtung.

In den anderen 13 Fällen lag die Syphilis längere Zeit — in einem Falle 15 Jahre — zurück. Auch hier wurden noch dreimal papulöse, papulosquamöse Exantheme und einmal eine Roseola urticata gefunden (J., W., L.).

So lange die Phthise sich noch in den ersten Anfängen befand, kam selbstverständlich gelegentlich die Syphilis zum Vorschein; so wurden bei G. im Februar 1886 Schleimpapeln der Ober- und Unterlippe konstatiert, gleichzeitig bestand eine linksseitige Pleuritis und Lungenspitzenaffektion. Die Kranke ging Juli 1888 an ihrer Tuberkulose zu Grunde. Bei Z. wurde im Dezember 1887 noch eine syphilitische Periostitis am rechten Arcus superciliaris konstatiert, bei gleichzeitig bestehender Dämpfung über der linken Lungenspitze. Es war das letzte Symptom der Syphilis; die Kranke starb am 28. Juni 1888 an galoppierender Phthise.

Von Tarnowsky ist 1896 in *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 23 S. 432 ein Fall mitgeteilt von maligner Syphilis, in dessen Mitteilung es am Schlusse heifst: „Beständig kamen neue gummöse Knoten, der Allgemeinzustand verschlimmerte sich und im Frühling wurde Verhärtung an der linken Lungenspitze konstatiert. Er wurde aufs Land geschickt und starb daselbst im Herbst an galoppierender Schwindsucht, indem er bis zum letzten Tage seines Lebens ununterbrochen von sichtbaren syphilitischen Erscheinungen befallen war; bei seinem Tode waren 19 Monate seit der syphilitischen Infektion verflossen."

Ein solcher Fall, bei dem während einer floriden Phthise die Syphilis nicht zum Stillstand kommt, sondern weiter Erscheinungen macht, gehört nach unseren Beobachtungen zu den grofsen Seltenheiten.[21] Wir haben nur einen Fall derartig schwerer Syphilis gesehen, dessen Krankengeschichte ich folgen lasse:

G., Wilhelmine Marie Elisabeth, 27 Jahre, Arbeitersfrau. Aufgenommen am 13. Mai 1886.

Seit 1882 verheiratet, seit 1884 in Hamburg aufhältlich. Seit November 1885 von dem Ehemann getrennt und seitdem Fabrikarbeiterin. Hat 4 mal geboren, die ersten beiden Kinder vor der Verheiratung. Das zweite Kind war tot geboren. Das älteste Kind lebt und ist gesund; das dritte und vierte Kind sind im ersten Lebensjahre gestorben.

---

[21] Vergl. Quidone: Syphilis et Tuberculose. *Rif. med.* 1893. (Ref. in *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 31. S. 133.) „Das Zusammenvorkommen von Syphilis und Tuberkulose ist häufiger, als man bisher annahm. Die Syphilis scheint das Terrain für den Tuberkelbacillus vorzubereiten; dagegen scheint — nach Ausbruch der Tuberkulose — die Syphilis an Intensität einzubüfsen."

Von einem Magdeburger Schiffer infiziert. Seit etwa acht Tagen Schmerzen in den Geschlechtsteilen. Nicht ärztlich behandelt.

Schlecht genährtes, verwahrlost aussehendes Individuum. Dichter Haarwuchs. Nackendrüsen wenig, Leistendrüsen stark indolent geschwollen.

Gravida. Fundus uteri drei Finger breit über dem Nabel. Am ganzen Körper eine dichtgedrängte, kleinfleckige, blasse, morbillenartige Roseola. Schleimpapeln an Ober- und Unterlippe. Tonsillen frei.

An der Vaginalportion ein 2 Markstück-grofses, beide Muttermundlippen umfassendes Schankergeschwür mit scharfgezackten Rändern.

Kirschkerngrofser, dreieckiger Schanker rechts neben dem Orificium urethrae. Kleinere Impfschanker in der Fossa navicularis, links neben dem After, an der Innenfläche der grofsen Labien, hier mit frischen kleinen Schleimpapeln untermischt.

Intensive Blennorrhoea vag. und Ekzem der Vulva und der Genitofemoralfalten.

18. V. Schanker sämtlich rein, mit Ausnahme einer tiefen schankrösen Anal. fissur. Ung. cin. 4,0. Dos. 19.

Geheilt entlassen am 14. Juni 1886.

Wiederaufnahme am 13. August 1886.

Nach der Entlassung wegen Erysipel auf der medizinischen Station; von dort nach der Entbindungsanstalt. Partus daselbst am 8. VIII. 86. Nach der Geburt Ausschlag auf dem behaarten Kopfe. Ulceröse Syphilide des Capillitiums. Ulcerierte Schleimpapeln der Tonsillen und Wangenschleimhaut. Ulcerierte Schleimpapeln der grofsen und kleinen Schamlippen.

22. VIII. Die Schleimpapeln bessern sich. Am Rumpfe entstehen neue annuläre Syphilide.

31. VIII. Beginnende Iritis des linken Auges.

8. IX. Kammerwasser jetzt klar, Verfärbung der Iris geschwunden. (Atropin ausgesetzt.)

11. IX. Ausgedehntes nässendes Ekzem der Bauchhaut.

15. IX. Das Ekzem breitet sich weiter aus und nimmt auch das Gesicht ein.

20. IX. Seit gestern Durchfall und Leibschmerzen. (Mixt. gummos. mit Opium.)

29. IX. Durchfall seit einigen Tagen vorüber, dafür beständiges mäfsiges Fieber (bis 39,0° C.); noch ausgebreitetes, z. T. nässendes Ekzem.

2. X. Fieber vorüber.

21. X. Das Ekzem ist gröfstenteils abgeheilt. Dafür bilden sich jetzt wieder geschwürige Rhagaden in den äufseren Augenwinkeln und den Nasenöchern. Aufserdem treten Ecthymapapeln an der Stirn und den Schulterblättern auf. (Sublimatinjektionen à 0,01.)

8. XI. Seit gestern wieder Durchfall und Fieber. Seitenstechen. R. h. u. Dämpfung vom Angulus scapulae nach abwärts.

7. XI. Fieber und Durchfall anhaltend. Im Harn etwas Albumen. Rasch fortschreitende Abmagerung. Kann sich nur mühsam in die Höhe richten. An den Mundwinkeln und Nasenlöchern wieder ulcerierte Rhagaden.

11. XI. Unverändert. Gestern Abend 39,6° C. Heute früh 36° C. Nachts kein Schweifs. Puls 72. Mehrere dünne Stühle. Schmerzen um den Nabel herum.

14. XI. Gestern Abend 5 Uhr plötzlich heftige Leibschmerzen und Erbrechen, das sich seitdem mehrfach wiederholt hat. Heute früh collabiert. Leib unterhalb des Nabels mäfsig aufgetrieben; man fühlt daselbst ein Konvolut ausgedehnter, in hohem Grade druckempfindlicher Darmschlingen. Flüssiges Exsudat nicht vorhanden. Es handelt sich offenbar um eine (syphilitische?) Darmperforation und Peritonitis.

17. XI. Allgemeinbefinden besser. Erbrechen ist nicht wiedergekehrt. Ein dünner Stuhl. Druckempfindlichkeit des Leibes geringer. Dagegen seit gestern früh kontinuierlich hohes Fieber 39,2—39,5° C. Puls 104. Ziemlich starker Husten mit reichlichem, geballten, eitrigen Sputum.

19. XI. Fortschreitend besser. Zunge reiner. Kann sich ohne Schmerzen in die Höhe richten. Husten und Auswurf unverändert stark.

27. XI. Täglich 3—4 dünne Stühle. Temperatur nahezu normal. Hochgradige Abmagerung. Vorn auf den Lungen überall Pfeifen und Schnurren, hinten rechts vom Angulus scapulae an gedämpft, daselbst kleinblasiges, z. T. konsonierendes Rasseln bei abgeschwächtem Atmen. Sonst hinten überall grobe feuchte Rhonchi.

Das Ekzem ist völlig abgeheilt. Am hinteren Rande der rechten Achselhöhle noch ein flaches serpiginöses Geschwür.

Der Leib etwas aufgetrieben und druckempfindlich, zeigt vom Nabel abwärts ausgedehnte, sich lebhaft bewegende Darmschlingen.

29. XI. Temperaturen nicht mehr über 38° C. Fortschreitender Collaps. Täglich mehrere dünne Stühle. Husten und Auswurf von münzenförmigen, rein eitrigen Sputum reichlicher.

4. XII. Temperaturen wieder höher, 38,5—39,0° C. Odem der Füfse; beginnender Decubitus am Kreuzbein.

6. XII. Am After und den Schamlippen flache, z. T. ring- und Guirlandenform zeigende Hautgeschwüre, die von einem grauen Exsudatwulst eingesäumt und offenbar syphilitischer Natur sind; noch dieselbe Temperatur wie am 4. XII.

9. XII. Profuser Durchfall. Erbrechen.

15. XII. Temperatur 38,4° C. Puls 128. Läfst alles unter sich gehen.

18. XII. Agonie.

Gestorben am 20. Dezember nachmittags 5 Uhr.

Die Autopsie ergab:

Käsige Pneumonie des rechten Unterlappens.

Universelle adhaesive Peritonitis.

Tuberkulöse Geschwüre im Ileum, und zwar zahlreiche, bis auf die Serosa dringende Gürtelgeschwüre, an deren Rändern sich charakteristische Tuberkeleruptionen zeigen.

Braune Atrophie der Leber. Nieren blafs.

Genitalien ohne Besonderheiten.

Als Regel mufs daran festgehalten werden, dafs von dem Moment an, wo die Kranken infolge ihrer Phthise fiebern, die Syphilis keine oder nur sehr geringe Erscheinungen macht. Es entspricht das vollkommen dem, was wir auch bei anderen fieberhaften Erkrankungen (Angina abscedens, Erysipel, Typhus abdominalis etc.) gelegentlich konstatieren konnten. Während des Fiebers gehen die syphilitischen Erscheinungen sämtlich zurück. Exantheme z. B. heilen spontan vollkommen ab. Ist die fieberhafte Erkrankung vorüber; so kehren allerdings allmählich die Erscheinungen der Syphilis wieder.

Aus unseren Beobachtungen ergiebt sich, dafs für die an Phthise und Syphilis leidenden Individuen die Hauptgefahr nicht die Syphilis, sondern

die Phthise bildet.[22] Eine ausführliche Darstellung, welche Formen von Tuberkulose bei sekundär und tertiär syphilitischen Individuen am häufigsten sind, und wie sich der Verlauf derselben gestaltet, liegt aufserhalb des Rahmens dieser Arbeit.

Wir haben bisher nur der Lungentuberkulose unsere Aufmerksamkeit geschenkt. Das ist insofern berechtigt, als diese Form der Tuberkulose die bei weitem wichtigste, weil verbreitetste und gefährlichste ist. Über Fälle von Syphilis bei Tuberkulose des Skeletts oder der serösen Häute des lymphatischen Apparates etc. bin ich nicht in der Lage eigene Erfahrungen beibringen zu können. — Nur auf einen Punkt haben wir noch mit wenigen Worten einzugehen: das sind die Beziehungen der Syphilis zur Skrophulose.

Hier wäre es in erster Linie wichtig, sich darüber zu verständigen, was man unter Skrophulose verstanden wissen will. Fälle von Lymphdrüsenschwellungen bei erwachsenen Individuen, die gleichzeitig Neigung zu Katarrhen der oberen Luftwege, zu Bindehautentzündungen und zu Ekzemen zeigen, rechnet man wohl auch heute zur Skrophulose, obwohl wir wissen, dafs diese Fälle zur Verkäsung der Drüsen, bezw. zur Vereiterung mit Hinterlassung von Fisteln führen können und in das Gebiet der Tuberkulose gehören. Wir müssen hier nun eine Reihe von Fällen erwähnen, die dadurch ausgezeichnet sind, dafs nach der syphilitischen Infektion ganz enorme Leistendrüsenschwellungen auftreten in Form faustgrofser Tumoren. Die Drüsenschwellung setzt sich auf die Beckenlymphdrüsen fort, so dafs man hühnereigrofse Lymphome auch in den Beckenschaufeln über dem POUPARTschen Bande fühlen kann. Trotz genügender antisyphilitischer Behandlung eitern gelegentlich solche operierte Bubonen und es gelingt nur unter Anwendung von Seesalzbädern, Lebertran, dem Gebrauch von Arsen die Heilung und langsame Rückbildung der Drüsentumoren zu erzielen. Der Erfolg der Therapie scheint in solchen Fällen zu erweisen, dafs eine skrophulöse Diathese die aufsergewöhnliche Reaktionsweise des Organismus gegen das syphilitische Gift bedingte.

---

[22] Letzthin hat auf dem XIII. internationalen medizinischen Kongrefs in Paris BERNHEIM über 43 Fälle von Kombination von Tuberkulose und Syphilis berichtet. Dem Bericht der *Münch. med. Wochenschr.* S. 1317 entnehme ich die folgenden Sätze:

„Die Syphilis bereitet der Tuberkulose den Boden, hauptsächlich weil sie Eingangspforten für den Tuberkelbacillus schafft. Die Syphilis übt einen deletären Einfluſs nur auf die Phthisiker in vorgerückteren Stadien der Krankheit.

Tritt umgekehrt Tuberkulose zu Syphilis, so ist die Prognose sehr ernst im ersten und zweiten Stadium der Lues, dagegen gutartig im dritten, weil sich da das syphilitische Gift erschöpft hat.

Die Hg-Kur wird schlecht vertragen von tuberkulösen Syphilitikern im ersten und zweiten Stadium der Lues. Solche Kranke müssen deshalb erst unter die günstigsten hygienischen und diätetischen Verhältnisse gebracht werden, ehe sie mit kleinen Dosen Hg behandelt werden, die in gröfseren Zwischenräumen wiederholt anzuwenden sind.“

Eine Trennung der Skrophulose der Erwachsenen von der Tuberkulose in ihren Beziehungen zur Syphilis ist gleichwohl nur zum Teil statthaft. Denn da wir anatomisch den Krankheitsprozefs in einer Reihe von Fällen als einen tuberkulösen werden anerkennen müssen, so gilt auch vom Verlaufe der Syphilis bei diesen Individuen dasselbe, was wir bez. der Tuberkulose bereits auseinandergesetzt haben.

Auf die während dieses Zeitraumes vorgekommenen Fälle von Chorioiditis luetica, Glaskörpertrübungen, Neuroretinitis luetica und retrobulbärer Neuritis gehe ich nicht näher ein; denn nur in einem Falle wurde bei einer Chorioiditis luetica eine linksseitige Lungenspitzenaffektion gefunden, Tuberkelbacillen aber nicht im Auswurf nachgewiesen. Alle übrigen Fälle — im ganzen 6 liefsen keine Beziehungen zur Tuberkulose oder Skrophulose erkennen.

Nur insofern bieten die hierher gehörigen Fälle noch Besonderheiten, als durch die Neigung zu Katarrhen der Schleimhäute auch die Lokalisation der syphilitischen Krankheitsprodukte beeinflufst werden kann.

So erklärt sich das gelegentliche Vorkommen syphilitischer Augenerkrankungen,[23] syphilitischer Larynxaffektionen bei skrophulo-tuberkulösen erwachsenen Individuen.

Anders stellt sich das Verhältnis der Syphilis zur Skrophulose dar, wenn wir das Gebiet der letzteren so einschränken, wie es allein nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse statthaft ist, wenn wir diese abnorm leichte Vulnerabilität der Haut, der Schleimhäute und Sinnesorgane mit schneller Beteiligung des lymphatischen Apparates in Gestalt hyperplastischer Prozesse ausschliefslich als eine Krankheit des Kindesalters betrachten. Würde bei derartigen Kindern die Syphilis besonders schwer verlaufen, so würde das längst bekannt sein. Im Gegenteil wissen wir, dafs ausnahmslos die Syphilis bei Kindern leicht verläuft.

Ist nun auf der einen Seite die Abgrenzung der Skrophulose gegen die Tuberkulose eine schwierige, so können sich neue Schwierigkeiten eröffnen bei der Differentialdiagnose zwischen Skrophulose und Syphilis der

---

[23] In den letzten fünf Jahren wurde 13 mal bei Weibern und 8 mal bei Männern eine syphilitische Iritis konstatiert. Alle Kranken waren erwachsen; 11 Weiber und 7 Männer 20 Jahre und darüber. An Tuberkulose litt kein einziges Individuum. Bei diesen 21 Kranken war 13 mal die Iritis mit einem papulösen Exanthem vergesellschaftet (papulo-squamöse Variolaform oder Lichen syphilit.). Andere Beziehungen konnten wir nicht auffinden.

Während desselben Zeitraumes von fünf Jahren beobachteten wir bei den Weibern einmal eine Keratitis interstit. bei einem hereditär-syphilitischen 15jährigen Dienstmädchen B.; dasselbe war gleichzeitig skrophulös, wenn man das aus einem chronischen, jahrelang bestehendem Schnupfen mit Ekzem der verdickten Oberlippe, Borken im rechten Nasenausgang und adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes schliefsen darf. Bei den Männern wurde auch einmal eine interstitielle Keratitis bei einem 35 Jahre alten, nicht an derartigen Krankheiten leidenden Manne gefunden.

Kinder; und zwar deshalb, weil die bestehenden Lymphdrüsenschwellungen durch die Syphilis selbst bedingt sein können, ja das ganze klinische Bild der Skrophulose durch die Syphilis vorgetäuscht werden kann.

J. Rabl (*Wien. klin. Wochenschr.* 1888. No. 27), der wohl eine grofse Erfahrung auf diesem Gebiete besitzt, sagt: „Wenn die doppelte Belastung mit Tuberkulose und Syphilis vorhanden ist, so beobachtet man an den Kindern entweder rein skrophulöse bezw. tuberkulöse Läsionen, oder zuweilen utraquistische Formen, oder endlich man findet bei den Geschwistern nur skrophulöse oder nur luetische Symptome". Durch eigene Beobachtungen kann ich die Richtigkeit dieser Sätze nicht belegen.

Ziehen wir das Facit aus diesen Untersuchungen, so kommen wir zu dem Schlufs, dafs bei phthisischen Individuen die syphilitischen Erscheinungen der Frühperiode unter Umständen schwerer auftreten können, die Exantheme insbesondere als kleinpapulöse.

Die Kranken sind aber in der Frühperiode weit mehr durch die Phthise gefährdet, als durch die Syphilis. Gesellt sich die Tuberkulose zu einer späteren Phase der Syphilis, so zeigt die letztere deshalb keine schweren Formen.

Sobald die Phthisiker andauernd fiebern, finden sich in der Regel keine Symptome der Syphilis; nur in ausnahmsweise schweren und seltenen Fällen dauern die syphilitischen Eruptionen bis zum Ende fort. —

Die Skrophulose ist eine Krankheit des Kindesalters, die bei gleichzeitig vorhandener Syphilis keinen besonders schweren Verlauf der letzteren bedingt.

(Fortsetzung folgt im nächsten Heft.)

Aus der Praxis.

Zur Desinfektion der Hände.

Von

P. G. Unna.

Es ist gewifs eine sehr auffallende Thatsache, dafs die wichtige Frage der Desinfektion der Hände des Arztes fast allein unter Chirurgen, Gynäkologen und inneren Medizinern erörtert wurde, während die Dermatologen, obwohl es sich lediglich um die Desinfektion der Oberhaut, Haarbälge und Nagelfalze handelt, passive Zuschauer des über diese Frage entbrennenden wissenschaftlichen Streites waren. Teilnahmlosigkeit kann es schwerlich gewesen sein, denn wenn schon die ganze Frage der Desinfektionsmöglichkeit der Oberhaut auch für die Dermatologen eine brennende ist und war, sind es doch gewifs immer gerade die Dermatologen gewesen, welche den bemitleidenswerten Chirurgen raten und helfen mufsten, die einerseits sich gründlich zu desinfizieren gezwungen waren, andererseits an Ekzemen oder Furunkeln der Hände oder an Idiosynkrasie gegen Sublimat, Jodoform oder Karbolsäure litten. Mir scheint es vielmehr so zu liegen, dafs die Dermatologen gerade in dieser Frage viel persönliche Erfahrung besafsen, sich mit derselben aber nicht an die Öffentlichkeit trauten, da die Art, wie sie sich in diesen schwierigen Fällen schliefslich helfen mufsten, nicht über den a- und antiseptischen Leisten geschlagen, nicht „chirurgisch" genug und daher nicht zeitgemäfs war.

Ich glaube im Namen mancher Fachkollegen zu reden, wenn ich aus dieser etwa 15jährigen Periode der ärztlichen Kunst für den praktischen Arzt im allgemeinen und den Chirurgen im besonderen etwas aus meiner eigenen Erfahrung ausplaudere, was ich um so unbesorgter thun kann, als die radikale Antisepsis der Oberhaut sich auch bei den Chirurgen allmählich als ein schöner Traum entpuppt hat und somit auch bei diesen für dermatologische Vorschläge ein geneigteres Ohr als in früheren Jahren vorhanden ist. Was ich zu sagen und zu rathen habe, ist mithin garnicht neu, aber jetzt erst zeitgemäfs und in seiner Wirkung allgemein verständlich.

Es war 1884—1885, als ich mit der Konstruktion der überfetteten Stückseifen beschäftigt war, dafs ein früherer Lehrer von mir, ein bekannter Gynäkologe sich an mich mit der Bitte wandte, ihm ein Schutzmittel für seine Hände beim Operieren zu geben, da er an einer Idiosynkrasie gegen verschiedene Desinfizientien litt. Es war der erste Fall, dafs ich zu diesem Zwecke die Einschäumung mit meiner überfetteten Grundseife empfahl.

Ich hatte zunächst dabei im Auge, die reizenden Desinfizientien — damals war noch der Karbolspray allgemein üblich — von den Hornzellen abzuhalten und mit dem Seifenfirnifs von der Haut wieder abzuspülen. Nebenbei hoffte ich, etwaige Keime an der Oberfläche der Hand im Seifenschaum festzuhalten. Wegen der bestehenden Idiosynkrasie sah ich auch von der Empfehlung der jedenfalls absolut keimfreien überfetteten Sublimatseife ab. Dieser Rat war also damals entschieden unchirurgisch; aber ich hatte damit praktisch Erfolg und erwarb mir in den folgenden Jahren mit demselben den Dank vieler in gleicher Lage befindlichen Chirurgen und Gynäkologen.

Gleichzeitig blühten damals die Arbeiten über die beste Methode der Desinfektion der Hände mittelst Bürste, Seife, Sublimat und Karbol und man wird mir nachfühlen können, dafs ich mich damals mit meinen unchirurgischen Grundsätzen nicht in die Arena der Chirurgen wagte. Denn wenn es jenen gelang, auf ihre Weise wirklich absolute Keimfreiheit zu erlangen, so hatte meine prophylaktische Methode wohl noch eine Bedeutung für die mit Idiosynkrasien gegen Desinfektion Behafteten, aber gar keine Aussicht, sich allgemein als Vorbereitung zur Operation einzubürgern. Ich wartete daher den Verlauf der Sache ab und dieselbe nahm die bekannte, überraschende Wendung —: die von den Chirurgen erstrebte absolute Keimfreiheit wurde schliefslich allseitig als nicht erreichbar erkannt. Konsequenter Weise folgte auf diese Ära der unerbittlich scharfen Desinfektion die der milderen Desinfektion und nachfolgender Bedeckung der Oberhaut mit Handschuhen, Firnissen u. s. f. Damit ist auch bei den Chirurgen und Gynäkologen die Zeit der Resignation und der Kompromisse gekommen, die Zeit, in welcher man einsieht, dafs für die organische Substanz der Oberhaut eigene Gesetze der Infektion und Desinfektion existieren, die sich mit denen toter Nährboden nicht decken, in der man anfängt, die einzelnen Organismen darauf überhaupt einmal näher anzusehen, ob sie alle den früher in Scene gesetzten energischen Kampf überhaupt wert sind oder vielleicht nur einzelne unter ihnen und wonach die zweckmäfsigste Methode der Desinfektion im Einzelfall beurteilt werden kann. In solcher Zeit kommen auch die Dermatologen mit ihren inzwischen gewonnenen Erfahrungen zur Geltung; ja, mir scheint, dafs ihnen praktisch und wissenschaftlich einmal das letzte Wort in dieser Frage naturgemäfs zukommen wird.

Einen Triumph haben die Dermatologen auf diesem Felde bereits seit längerer Zeit zu verzeichnen, nämlich die allgemeine Annahme der Fürbringerschen Alkoholdesinfektion. Denn wissenschaftlich beruht ihr Wert auf der vor acht Jahren von mir gefundenen Abtötung der Hautkokken (in den Trichophytie- und Favuskulturen) durch Alkohol. Die in diesen Kulturen auftretenden, an den menschlichen Haaren haftenden

Kokken gehören gröfstenteils denselben unschuldigen Arten an, welche ohne Alkohol auch von den Händen so schwer zu entfernen sind. Hier wie dort kann der Alkohol nicht durch besser entfettende Mittel, wie Äther, Benzin, Seife ersetzt werden. Es ist ein grofses Verdienst von FÜRBRINGER, auf den Alkohol als mildes Desinfiziens für die Haut hingewiesen zu haben und merkwürdig genug, dafs fast gleichzeitig und unabhängig von einander dieselbe Thatsache der Kokkentötung durch Alkohol auf zwei ganz verschiedenen Gebieten gefunden wurde und darauf zwei Alkoholmethoden, eine für die Hände und eine für Kulturen gegründet wurden, die sich jetzt als wesentlich gleich herausstellen.

Ich habe als Zuschauer des Streites um die beste Desinfektionsmethode die Einführung des Alkohols durch FÜRBRINGER mit grofser Freude begrüfst, da ein für die Haut unschädlicheres Desinfiziens der Kokken nicht so leicht zu finden sein dürfte. Aus meiner Erfahrung kann ich höchstens noch die Benzoësäure als ein ähnlich milde und kräftig wirkendes Mittel anreihen und glaube, dafs ein Zusatz von Benzoëtinktur oder Benzoesäure zum Alkohol dessen Wirkung vielleicht noch erhöhen würde. Aber als Dermatologe sehe ich eine viel gröfsere Verbesserung der FÜRBRINGERschen Methode — analog dem Verfahren bei den Kulturen — in einem längeren Kontakt der Oberhaut mit dem Alkohol und in einer praktischen Verbindung mit dem Gebrauch der überfetteten Seifen.

Am Abend vor dem Zubettegehen sollten die Hände des Chirurgen mit heifsem Wasser, Seife und Bürste gereinigt werden. Dann umwickele man sie mit Mullbinden, die in Alkohol reichlich getränkt werden und sodann mit Guttaperchapapier oder Billrothbattist, lege also die Nacht hindurch einen Alkoholdunstverband an. Die auf diese Weise erzielte Keimfreiheit wird dann unmittelbar nach Abnahme des Verbandes am Morgen dadurch bis zur Operation erhalten, dafs man die Hände mit einer überfetteten Seife längere Zeit hindurch einschäumt und mit sterilem Handtuch trocken abwischt. Der mikroorganismenhaltige Staub kann dann nicht in die mit Seife gefüllten Spalten zwischen den Hornzellen eindringen sondern setzt sich in dem Seifenschaum fest und wird direkt vor der Operation durch einfaches Abwaschen mit letzterem entfernt. Wie viel Seife als trockener, schützender Firnifs auf der Haut hierbei zurückbleibt, sieht man, wenn man die Hände mit warmem Wasser abwäscht, an dem entstehenden Schaum. Um das chirurgische Gewissen ganz zu beruhigen, kann man, wo keine Idiosynkrasie gegen Sublimat besteht, statt der überfetteten Grundseife die sicher keimfreie, überfettete Sublimatseife verwenden; jedenfalls sollte aber nur eine überfettete Seife benutzt werden, da eine solche die Hornschicht der Hände nicht angreift, sondern im Gegenteil glättet.

In Wirklichkeit kommt es nun gewifs nicht sehr darauf an, alle saprophytischen Keime der Oberhaut zu beseitigen, da diese in den inneren Organen überhaupt nicht gedeihen können und es wird chirurgisch überhaupt ja nur deshalb auf dem Postulat der absoluten Keimfreiheit mit solcher Energie bestanden, da dieselbe allein den sicheren Ausschluſs der wichtigeren pathoforen Keime zu garantieren scheint. Demgegenüber muſs jedoch dermatologischerseits darauf hingewiesen werden, daſs ein einziger echter Eiterkokkus für Wunden wichtiger ist als einige Tausend saprophytischer Kokken, ja als ebenso viele Ekzemkokken oder Impetigokokken und daſs man positive klinische Kriterien dafür besitzt, ob solche echte Eiterkokken sich auf der zu desinfizierenden Hand befinden. Es kommt eben viel weniger darauf an, ob ein Chirurg eben vor einer Operation eine infizierte Wunde mit gesunden Händen berührt hat, als auf den Umstand, ob er selbst irgend eine Eiteraffektion an der Haut der Hände durchgemacht hat. Wie die histologische Untersuchung der Umgebung eines jeden Furunkels oder Abscesses zeigt, ist die Hornschicht bis zu einer gewissen Tiefe, besonders in der Umgebung der Haarfollikel von Staphylokken durchsetzt. Diese sind das eigentlich Gefährliche, auf welches der Chirurg zu fahnden hat; in solchen Fällen ist auch noch lange nach dem Abheilen der eitrigen Affektionen die skrupulöseste Desinfektion der Hände angezeigt. Jede zurückgebliebene Rötung um einen Haarbalg ist verdächtig und sollte bei der Operation mit einem Stück Quecksilber-Karbolpflastermull bedeckt sein; ebenso jede Narbe von einer mit Schnitt behandelten Phlegmone oder von einer Abscedierung. In der Zwischenzeit, ehe der Operateur operationsfähig ist, sollte er seine Hände einer desinfizierenden Behandlung — nicht bloſs Desinfektion — z. B. mit Quecksilberpflastermull, Alkoholdunstumschlägen, Ichthyolsalben und -dunstumschlägen, Zinkschwefelpaste u. s. f. je nach der Beschaffenheit des Falles und der Hände unterwerfen. Nicht der Gebrauch oder der Nichtgebrauch von Sublimat bei der Desinfektion gesunder Chirurgenhände ist eine ernste Frage, sondern die konsequente Nachbehandlung einmal erkrankt gewesener Chirurgenhände.

Auch hierfür sei noch einmal auf den Nutzen der überfetteten Seifen, vor allem der Grundseife, bei einfacher Einschäumung mit nachfolgendem trockenen Abwischen hingewiesen. Nicht nur, daſs dieser fetthaltige Seifenfirniſs die Hände der Chirurgen glatt erhält und vor Infektionen schützt, er bietet auch das einfachste Mittel, um Keime der Hände, die nun einmal nicht vollständig entfernt werden können, zeitweise an der Haut festzuhalten und dadurch für die Berührung mit Wunden unschädlich zu machen.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 7. März 1901.

Originalbericht von Dr. Druelle-Paris.

Epitheliom des Penis, von Ducastel. D. stellt einen Patienten vor, der seit vier Jahren an der oberen Fläche der Glans eine oberflächliche Ulceration zeigt, welche eine gewisse Neigung aufweist, sich auszubreiten. Die Ränder sind deutlich aufgetrieben und hart wie beim Epitheliom. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt denn auch diese Diagnose. Öfters begleiten Neubildung von Hornsubstanz derartige Läsionen. Hier dagegen war nichts derart zu sehen.

Darier: Dieser Fall gehört zur Kategorie der Hornepitheliome, die man hauptsächlich an der Zunge, am Penis und an der Glans findet. Ich habe seinerzeit einen identischen Fall beobachtet.

Follikulitis der Umgebung der Genitalien. Baudouin und Gastou stellen verschiedene Patienten vor mit Follikulitiden und Perifollikulitiden der Scham- und Cruralgegend. Das Aussehen dieser Läsionen variiert je nach der Entwickelungsperiode, in der sie beobachtet werden. Bald sehen sie aus wie eine Sykosis, bald wie ekzemartige Eruptionen oder seborrhoische Follikulitiden. Bemerkenswert ist bei diesen Läsionen, dafs sie stets von Ausflufs aus der Urethra oder der Vagina begleitet zu sein scheinen. Die Affektion kommt bei beiden Geschlechtern vor. In der Vagina und Urethra werden zahlreiche Arten von Mikroorganismen (Bacillen, Pseudogonokokken) angetroffen, ebenso im Eiter der Läsionen. Es ist somit angezeigt, sowohl die Follikulitiden als die begleitenden urethrovaginalen Affektionen zu behandeln.

Hallopeau: Ich habe diese Läsionen bereits vor mehreren Jahren beschrieben. Ich bin der Ansicht, dafs dieselben seborrhoischer Natur sind, da sie gleichzeitig mit Seborrhoe anderer Körpergegenden bestehen.

Konfluierendes Molluscum contagiosum des Schädels, von Balzer. Der Patient, der seinerzeit an dieser Affektion gelitten, wurde mittelst Aufpinselungen von Jodtinktur geheilt, welche man auf das Innere des Tumors durch die Öffnung hindurch einwirken liefs.

Hallopeau benutzt ebenfalls die Jodtinktur beim Molluscum contagiosum. Zuerst drückt er den Inhalt der Tumoren aus, taucht dann ein zugespitztes Streichhölzchen in Jodtinktur und kauterisiert die innere Fläche der Geschwulst.

Barthélemy: Nicht alle Molluskumgeschwülste werden durch die Jodtinktur günstig beeinflufst; auf diejenigen der Oberschenkelgegend bleibt sie ohne jede Wirkung und müssen dieselben zerstört oder mit Höllenstein kauterisiert werden.

Störungen des Sehnervs bei der Syphilis, von Galezowski. G. stellt einen Syphiliker vor, bei dem sich acht Tage nach dem Schanker eine Papillenatrophie des linken Auges entwickelt hat. Er hat den Patienten nach gewohnter Methode mit Einreibungen von Quecksilbersalbe zu 2,0 pro die während sehr langer Zeit behandelt. Diese Behandlung führt, wenn nicht zu einer vollständigen Heilung, so doch zu einer beträchtlichen Besserung der spezifischen Veränderungen des Sehnerven, die sehr häufig vorkommen und besonders schwer sind. Auf 649 Patienten hat er 76 mal Atrophie mit nachfolgender Blindheit beobachtet.

Einfluſs eines auf das Gesicht beschränkten Erysipels auf lupöse Ulcerationen des Gesichts und der Gliedmaſsen, von HALLOPEAU. Zu wiederholten Malen hat H. den günstigen Einfluſs eines interkurrierenden Erysipels auf Eruptionen im Gesichte konstatiert. Der vorgestellte Fall unterscheidet sich aber etwas von den gewöhnlichen, indem hier das Erysipel auf das Gesicht beschränkt blieb aber trotzdem die Vernarbung sehr ausgebreiteter lupöser Ulcerationen an den Gliedmaſsen veranlaſste. Redner hat nicht dieselben günstigen Resultate erzielt in seinen mit ROGER vorgenommenen Experimenten, wobei er Lupuspatienten mit subcutanen Injektionen von Streptokokkentoxinen behandelte. Wahrscheinlich haben die Toxine, welche im Organismus durch in demselben lebende Bacillen erzeugt werden, eine energischere Wirkung als jene, die man in den Laboratorien züchtet. Redner meint, daſs, wenn man im stande wäre künstlich ein Serum herzustellen, welches demjenigen gleichkäme, das das Blut des Patienten bildete, man auch auf die Visceraltuberkulose einzuwirken vermöchte, falls dieses Serum gleichzeitig unschädlich wäre.

RENAULT hat in einem Fall von Lupus mit interkurrierendem Erysipel des Gesichts nicht die geringste Wirkung dieses letzteren auf den Lupus konstatieren können.

GAUCHER erklärt, daſs alle Infektionen in gleicher Weise wie das Erysipel eine Rückbildung des lupösen Prozesses verursachen können, er hat dies bei der Variola beobachtet.

BESNIER: Ich habe niemals einen Lupus nach einem Erysipel vollständig heilen sehen. Die Vorteile, welche dieses letztere allenfalls bieten könnte, stehen in keinem Verhältnisse zu den Gefahren, mit denen es verbunden ist (Endocarditis, Nephritis und selbst Tod). Ich halte deshalb dafür, daſs es keineswegs wünschenswert erscheint, daſs ein Lupuspatient ein Erysipel acquiriere.

Behandlung des Lupus mit Kalium permanganicum, von HALLOPEAU. Ich habe das Verfahren von BUTTE versucht, das in der Behandlung der Hauttuberkulose durch Auflegen von Kompressen, welche mit 2%igen Kalium permanganicum-Lösungen durchtränkt sind, besteht. Damit verbinde ich sogar öfters noch eine Applikation desselben Präparates in Pulverform. Besonders beim ulcerierten Lupus erschien die Wirkung sehr deutlich. Beim Lupus erythematosus ist sie dagegen nicht konstant. Beim Lupus non exedens blieb diese Behandlungsweise vollständig wirkungslos.

DARIER: Man kann die von HALLOPEAU soeben vorgestellten Patienten keineswegs als geheilt betrachten. Das Kalium permanganicum hat nur eine Vernarbung herbeigeführt, was man aber mit jedem anderen Antiseptikum ebenso gut auch erzielt hätte.

Verschiedene Hauterscheinungen der Lepra, von HALLOPEAU. Ich habe gegenwärtig neun Leprapatienten in Behandlung, die alle Hauterscheinungen verschiedener Natur zeigen: Lymphgefäſsstränge, erythematöse Plaques, Knötchen, Tuberkel, Blase. Diese Unterschiede lassen sich vielleicht aus der mehr oder weniger bedeutenden Virulenz des Leprabacillus, der Behandlung und der verschiedenen Reaktionsweise der Patienten ableiten.

Das Gabungeschwür. GAUCHER und BERNARD zeigen einen Abdruck von Läsionen am Beine eines Mannes, der zwei Jahre lang in Groſs-Bassam und dann neun weitere Jahre im belgischen Congogebiet sich aufgehalten hatte. Es handelt sich um die unter dem vulgären Namen von Kraw-Kraw bekannte Affektion. Diese hatte mit dem Auftreten von Knötchen begonnen, die dann rasch geschwürig wurden. Im letzten Jahre, 14 Tage nach seiner Ankunft in Frankreich, zeigten sich dieselben Erscheinungen wieder. Auf dem Abdruck sieht man zunächst in voller Entwickelung begriffene, linsen- bis einfrancsstückgroſse Ulcerationen mit lebhaft rotem Grunde, unterminierten Rändern, die nur ausnahmsweise scharf ausgeschnitten erscheinen.

Daneben lassen sich von früheren Geschwüren herrührende schwärzlichbraune Narben erkennen, deren Pigment vom Centrum nach der Peripherie zu abnimmt. Diese Ulcerationen sind bemerkenswert wegen ihrer Ähnlichkeit mit den tropischen Geschwüren überhaupt und wegen ihres syphilisähnlichen Aussehens. Die Behandlung mit antiseptischen Verbänden bleibt meist erfolglos, dagegen haben sich Applikationen von gekochtem Wasser besser bewährt.

Hudelo hat in einem Falle von Aleppobeule mit antiseptischen Verbänden ebenfalls nichts erreicht, wohl aber trat Heilung ein nach Anwendung von gekochtem Wasser.

Moty: Die Benennung Kraw-Kraw sollte man auf jene Ulcerationen beschränken, die durch die Filaria erzeugt werden; wenn man mit Antisepticis bei alten Geschwüren nichts ausrichtet, so leisten dieselben dagegen sehr gute Dienste bei alten Ulcerationen dieser Art.

Barbe: Das Gabungeschwür unterscheidet sich von dem Kraw-Kraw objektiv ganz deutlich, indem dieses letztere mehr papulöse und pustulöse Formen aufweist als ulceröse.

Sabouraud: Lassen sich diese tropischen Geschwüre inokulieren?

Moty: Ich habe an mir selbst, aber ohne Resultat, die Inokulation des anamitischen Geschwürs versucht.

Bromoformausschlag, von H. Gaucher. Bei einem Patienten, dem ich wegen Hustenanfällen Bromoform verabreicht hatte, habe ich ein typisches Bromexanthem beobachtet, das aber viel intensiver ausfiel als nach Darreichung von Bromsalzen. Die Eruption verschwand jeweilen wenn mit dem Medikament aufgehört, um sofort wieder aufzutreten, wenn die Applikationen wieder aufgenommen wurden.

Jacquet: Bei einem Kinde, das mit Ammoniumacetat behandelt wurde, beobachtete ich eine Eruption, welche ganz mit dem Bromexanthem übereinstimmte.

Leukoplakia lingualis im Verlaufe einer konzeptionellen Syphilis. Gaucher und Barbe haben eine Patientin beobachtet, die vor vier Jahren an konzeptioneller Lues erkrankte. Diese Lues verlief unter sehr milden Erscheinungen (Alopecie, andauernde Lymphdrüsenschwellungen). Der Ehemann der Patientin ist dagegen syphilitisch und das Kind zeigt unzweifelhafte Stigmata von hereditärer Syphilis. Drei Jahre nach der Ansteckung hat sich bei der Patientin eine Leukoplakia linguae gezeigt mit zahlreichen Plaques an den Rändern und auf dem Rücken der Zunge. Die Affektion, welche einer lokalen Behandlung mit Chromsäure und einer allgemeinen mit Jodquecksilberpillen, die während drei Monaten verabreicht wurden, hartnäckigen Widerstand entgegengesetzt hatte, heilte rasch unter dem Einflusse von täglich wiederholten subcutanen Injektionen von benzoesaurem Quecksilber. Übrigens ist jedenfalls ein grofser Teil dieses Erfolges den während drei Monaten verabreichten Jod-Hg-Pillen zuzuschreiben.

Besnier: Die Symptome der konzeptionellen Lues sind meist nur undeutlich ausgesprochen und ich bin der Ansicht, dafs eine Frau, die von einem Syphilitiker empfangen hat, selten gesund bleibt. Ich habe seinerzeit bei einer Frau eine Leukoplakie der Zunge beobachtet, ohne jede andere spezifische Erscheinung und doch habe ich sie für syphilitisch angesehen, weil der Mann der Patientin Tabetiker war.

Eine Alopecia areata vortäuschende Kahlheit bei einem Syphilitiker, von Renault. R. stellt einen Patienten vor mit einer Alopecia, die sich von der wahren Alopecia areata durch die Zahl der Plaques, ihre Dimensionen und durch den Zeitpunkt ihres Auftretens unterscheiden. Bei diesem Patienten vermifst man die Harnstörungen, die Jacquet beschrieben hat; der Einfluſs der Syphilis ist aber hier unzweifelhaft.

Barthélemy: In der sekundären Periode können die spezifischen Alopecien der wahren Alopecia areata täuschend ähnlich sehen. Bei mehreren Syphilitikern habe ich derartige Kahlheiten unter der Wirkung einer Quecksilberkur heilen gesehen.

Störungen im chemischen Verhalten des Blutes und des Harns bei der Alopecia areata. Jacquet und Portes zeigen Kurven über die Zusammensetzung des Harns bei 59 Patienten mit Alopecia areata. Bei allen derartigen Fällen, im Anfange oder auf dem Höhepunkt der Affektion konstatiert man meist Polyurie, bedeutende Zunahme des Chlors, dagegen Abnahme des Phosphors und der Salzsäure im Harne. In einem Zeitpunkte dagegen wo die Affektion der Heilung zuneigt, nimmt das Chlor wieder ab und erreicht normale Ziffern. Dementsprechend hat man denn auch angenommen, dafs subcutane Injektionen von Kochsalz heilsam wirken könnten, indem dadurch der Chlorverlust ersetzt wird. Die Praxis hat auch die Richtigkeit dieser Hypothese bestätigt. Der Vortragende glaubt übrigens nicht, dafs es sich hier um für die Alopecia areata charakteristische Harn- und Blutstörungen handelt, sondern um einen dystrophischen Prozefs wie bei vielen anderen krankhaften Zuständen.

Baudouin: Bei der Abschätzung dieser Harnstörungen mufs das Gewicht der Patienten berücksichtigt werden, d. h. der wirkliche urologische Coefficient.

Sabouraud: Die urologischen Kurven der Kahlen gleichen denen bei Alopecia areata. Aufserdem konstatiert man bei ersteren noch öfters Hyperacidität des Harns.

Harnstörungen bei den Dermatosen, von Gastou. Bei den akuten Dermatosen konstatiert man öfters eine Zunahme der Dichte und der Chlorsalze, dagegen eine Abnahme des Harnstoffes und der Phosphate. Bei den medikamentösen Dermiten innerlichen Ursprungs findet man dagegen das Umgekehrte. Bei den chronischen Dermatosen mit nervösen oder kachektischen Erscheinungen findet man sehr oft eine Abnahme der Dichte, des Harnstoffes und der Phosphate, dagegen eine Zunahme der Chloride. Bei den bullösen Dermatosen sind die Resultate sehr verschiedene: gewöhnlich konstatiert man eine Abnahme sämtlicher Elemente, aber in den Perioden der Exacerbationen variieren diese Verhältnisse bedeutend. Eine allgemeine Zunahme sämtlicher Elemente findet man bei der sekundären Lues und bei tertiären visceralen Störungen. Eine Zunahme der Phosphate neben der Abnahme der übrigen Elemente findet man bei der Syphilis des Nervensystems. Selbstverständlich können zahlreiche Fehler bei derartigen Untersuchungen unterlaufen, dennoch erscheint es doch als empfehlenswert, die Resultate mitzuteilen.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 23. März (5. April) 1901.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Shiwult demonstrierte einen Fall von **Erythema exsudativum multiforme** mit Beteiligung der Schleimhäute des Mundes und der Nase.

2. Blagowolin (Gast) führte zwei Fälle von **hereditärer Syphilis** vor. Es handelte sich um zwei Schwestern, von denen die ältere 17, die jüngere 15 Jahre zählt. Bei Beiden, insbesondere aber bei der älteren, finden sich verschiedene Dystrophien der Zähne neben anderen für Lues sprechenden Zeichen, wie charakteristische Narben, Periostitis etc. Die Augen und das Gehör sind normal.

3. Sakrepa stellte einen 12jährigen Knaben vor mit Erscheinungen von **Osteomyelitis syphilitica** der rechten Vorderarmknochen und des linken Humerus.

4. Metschersky zeigte ein 17jähriges Mädchen mit **Lupus erythematodes disseminatus.** Auf beiden Wangen und der Nase findet sich der Lupus in charakteristischer Schmetterlingsform, aufserdem sieht man aber noch vereinzelte Herde auf Brust, Rücken, Bauch und Arme. Die Erkrankung soll sich rapid im Verlaufe der letzten fünf Monate entwickelt haben. Die Patientin ist tuberkulös schwer belastet, indem beide Eltern an Phthise gestorben und auch mehrere Onkel phthisisch gewesen sein sollen.

5. Krassnoff demonstrierte einen 30jährigen Mann mit allgemeiner **Psoriasis vulgaris,** die aber auch beide Handteller, Fufssohlen, Nägel und die rechte Wangenschleimhaut betrifft. Auf dieser sieht man entsprechend den letzten Molarzähnen eine graue, mattglänzende Plaque. Von grofsem Interesse ist, dafs auch die Mutter und ein Onkel mütterlicherseits Psoriasis vulgaris gehabt haben sollen.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

IV. Jahrgang. No. 4, 5, 6.

Über Pruritus cutaneus überhaupt und über die Frage: Steht ein Teil der als Pruritus cutaneus bezeichneten Krankheitsfälle in Beziehung zur Tuberkulose und gewährt diese Annahme eine Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie? von S. Behrmann. Aus der Arbeit, welche vielerlei Gebiete der internen und dermatologischen Pathologie berührt, sei nur das auf das Thema bezügliche hervorgehoben. Verfasser sieht in Erwägung, ob nicht auch die Tuberkulose, d. h. die latente, Ursache eines Pruritus werden könnte, und glaubt die Möglichkeit bejahen zu können. Auf diese hin wäre dann die äufsere und innere Anwendung des Kreosots zu versuchen, da die Kreosotwirkung, auch die äufsere, bei tuberkulösen Prozessen eine besonders markante sei.

Ein Fall von Salipyrinintoxikation, von Alfred Bruck. Nach Einnehmen von Salipyrin bekam Verfasser nach einigen Stunden ein brennendes und juckendes Exanthem, bestehend aus grofsen roten Flecken, welches sich an Händen an der Glans penis und an der Innenseite der Lippen lokalisiert. An letzteren sah man kleinere Efflorescenzen, zum Teil mit weifslichem Belag. Das Exanthem war an den Händen streng symmetrisch angeordnet. Am Penis kam es zur Bildung von Bläschen und Erosionen. Ähnliches hatte Verfasser schon früher nach Antipyrin, der Komponente des Salipyrins, gehabt. (Der Sitz an Lippen und Glans penis ist bei Antipyrinexanthemen relativ häufig. D. Ref.)

Klinische Untersuchungen über Euguform, von F. Ciesielski. Euguform ist ein acetyliertes Produkt aus Guajacol und Formaldehyd; es ist ein grauweifses, nahezu geruchloses Pulver, welches sich für die Wundbehandlung vorzüglich eignet. Seiner Zusammensetzung entsprechend, wurde das neue Mittel auf der Josephschen Poliklinik besonders bei tuberkulösen Hautaffektionen verwendet, und zwar als Pulver und als 2,5—10%ige Salbe. Gute Erfolge zeigten zwei Fälle von Lupus vulgaris ulcerosa; unter 10%iger Euguformsalbe benarbten die Flächen. Die Lupusknötchen wurden nicht beeinflufst. Die Salbe beseitigte auch die Schmerzen. Zwei weitere Fälle wurden gebessert, einer blieb unbeeinflufst. — Das Ulcus molle wurde im ganzen günstig beeinflufst. Die Sekretion war stets geringer als nach Dermatol; die Schmerz-

haftigkeit liefs sofort nach. Gut wirkte das Mittel auch bei fünf Fällen von Bubo inguinalis nach der Spaltung. Die Erfolge beim Ulcus durum waren weniger gut, ebenso bei zerfallenen Gummen. Dahingegen heilten zerfallene Papeln unter lokaler Behandlung mit Euguform schnell ab. Zwei Fälle von Hyperhidrosis pedum reagierten gut auf Euguformbehandlung. Hervorzuheben ist die schmerzstillende Wirkung, die das Euguform auf Wunden ausübt. Diese regte zu Versuchen bei juckenden und schmerzenden Dermatosen an. Bei einem Stauungsekzem des Unterschenkels, bei dem alles mögliche ohne Erfolg versucht war, liefsen Jucken und Schmerzen nach Anwendung einer 5%igen Euguformsalbe sofort nach, die nässenden Stellen überhäuteten, die Haut blafste ab. Dieselbe gute schmerzstillende Einwirkung zeigte sich bei Ulcus cruris, Furunkel, Herpes progenitalis, Pruritus genitalis, Schwefelsäureätzung (je ein Fall).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

Band VI. Heft 2.

Die Desinfektionsfrage in der Urologie und Chirurgie, von Richard Lohe. Die Schwierigkeiten der Desinfektion des antiseptischen Instrumentariums erläutert Verfasser nach den Erfahrungen in der Casperschen Praxis. Das Ideal ist, ein Mittel zu finden, welches als Sterilisations-, Aufbewahrungs- und Gleitmittel zugleich funktionieren kann. Das Hydrargyrum oxycyanatum erfüllt einen grofsen Teil der Anforderungen an ein Sterilisationsmittel, da es vorzüglich desinfiziert, die Instrumente, besonders bei Glycerinzusatz fast gar nicht angreift und in einer Konzentration von 1:4000 noch von der Blase ausgezeichnet vertragen wird. Eine Lösung von 1:4000 bis 10000 ersetzt deshalb auch zweckmäfsig die übliche Borsäurelösung. Dennoch ist die desinfizierende Wirkung des Hydrargyrum oxycyanatum nicht stark genug, wie vom Verfasser angestellte Versuche ergeben, da es nicht in die Tiefe dringt. Zur Aufbewahrung empfiehlt sich eine Mischung von Wasser und Glycerin (1:1 oder 1:2); dadurch wird auch das Gleitmittel entbehrlich. Zu empfehlen ist auch eine Mischung von 1 Tragacanth, 100 Wasser, 10 Glycerin mit Zusatz von Hydrargyrum oxycyanatum (1‰). Diese Lösungen bewahrt man in hohen Glaskästen, in die man die Instrumente hineinhängt. In dünnere Ureterenkatheter braucht man nur mittels einer Stempelspritze die Flüssigkeit anzusaugen, um sie innen zu füllen, dann strömt die Flüssigkeit natürlich immer weiter und desinfiziert energisch. Geht der Desinfektion eine energische mechanische Reinigung voraus, dann kann man mittels Hydrargyrum oxycyanatum-Lösung mit Glycerin und Glycerin-Tragacanthschleim fast alle Anforderungen erfüllen. Verfasser hat auf der Suche nach einem ganz vollkommenen Mittel auch das Formalin nachgeprüft. Ohne auf die geschilderte Versuchsanordnung näher einzugehen, sei hier nur mitgeteilt, dafs die Formalindesinfektion bei Verwendung heifser Formalindämpfe brauchbar erscheint, aber auch Nachteile hat. Eine Kombination mit Aufbewahrungs- und Gleitmitteln wird immer nötig sein, zumal das die Gewebe reizende Formalin von den Instrumenten vor der Benutzung entfernt werden mufs. Das gleichzeitige Vorhandensein von Wasserdämpfen bietet grofse Vorteile für die Praxis.

Heft 3.

Bericht über die Dauerresultate der blutigen Intervention („Intervention sanglantes") bei Strikturen der Harnröhre, von Reginald Harrison. Verfasser hat folgende Varietäten von Wunden der Harnröhre sorgfältiger studiert: 1. Riss- resp. Quetschwunden, die von Strikturenbehandlung nach Perèye und Holt zurück-

blieben. 2. Schnittwunden nach Urothrotomia externa (Maisonneuve etc.). 3. Schnittwunden nach Urethrotomia externa oder Sectio perinealis. — Die Dauerresultate der Divulsion der Schleimhaut sind, soweit es sich um strikturierende Schleimhautanomalien handelt, nicht gut, da die entstehenden Rifswunden später wiederum zur Narbenbildung führen. Nur bei der periurethralen oder submukösen Striktur, bei der die Schleimhaut selbst normal ist, führt die Divulsion Besserung herbei, die nur das Fasergewebe der Striktur zerreist, während die Schleimhaut intakt bleibt. Hier ist also die submuköse Methode am Platze. Nach der Urethrotomia interna hängt das Resultat ab von der Natur des nach der Operation sich bildenden Narbengewebes. In manchen Fällen ist später keine Spur der früheren Verengerung nachzuweisen. Oft aber stellt sich ein Recidiv bald ein. Die Urethrotomia externa oder Sectio perinealis giebt oft vorzügliche, dauernde Ergebnisse; die komplette Spaltung der Striktur und die Drainage der Wunde vereinen sich zu einer günstigen Wirkung. Aber sehr oft sind auch hier Recidive, denen man durch konsequentes Bougieren entgegenzuwirken sucht. Bei der Untersuchung nach dem Grunde der häufigen negativen Erfolge der inneren und äufseren Urethrotomie kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs die mangelnde Drainage den Hauptanteil darstellt. Wo der Harn gut nach Urethrotomia interna abgeleitet wird, zu welchem Zwecke man entweder noch eine Urethrotomia externa oder eine perineale Punktion hinzufügen kann, kann man ein Ausbleiben des Recidivs erhoffen.

Über Niereninfarkte bei Neugeborenen, von S. B. Wermel. Das Schlufsergebnis der Arbeit lautet: Im Blute ikterischer Neugeborener ist Gallenpigment enthalten, welches in das Blut aus der Leber übergegangen ist. Ferner enthält das Blut ikterischer Neugeborener Harnsäure in gröfserer Quantität, und zwar infolge des gröfseren Leukocytengehaltes des Blutes der Neugeborenen. Das Gallenpigment und die Harnsäure werden aus dem Organismus durch die Nieren eliminiert, und zwar, wie es Heidenhain festgestellt hat, durch das Epithel der gewundenen Kanälchen und der Henleschen Schleifen. Aus der corticalen Substanz der Niere gelangen das Gallenpigment und die Harnsäure in die Papille und werden hier zurückgehalten: erstens infolge ungenügenden, durch verlangsamte Blutzirkulation in der Niere bedingten Druck des Harnes, zweitens dadurch, dafs die geraden Kanälchen durch desquamiertes Epithel verstopft werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1901. Heft 3.

Über den Ducreyschen Bacillus und den „humanisierten" Nährboden, von Lenglet-Paris. Um den Bacillus des weichen Schankers unter die besten Lebensbedingungen zu bringen, suchte L. einen Nährboden, der sich dem normalen der menschlichen Haut möglichst annäherte. Er fand ihn endlich, indem er menschliche, von Leichen entnommene Haut in Gelatine mittelst Pepsin- oder Pankreassaft, nach Zusatz von einem Tropfen Blut, im Brutofen verdaute. Er erhielt dann schöne Kulturen, wenn er mit dem Eiter des primären Schankers unter allen Vorsichtsmafsregeln der Asepsis ein zweites Geschwür erzeugt hatte und von diesem letzteren Eiter auf seine Haut-Blut-Gelatine aussäte. Die so gewonnenen Kulturen, von neuem auf Menschen überimpft — alle seine Tierversuche schlugen fehl — riefen stets ein regelrechtes Ulcus molle hervor. Dabei konnte der Bacillus unzählige Male vom Menschen auf den Nährboden und von diesem auf jenen hin und her getragen werden, ohne seine Giftigkeit einzubüfsen.

Nicht jeder Schankereiter liefert Kulturen, aber jeder Eiter enthält den Ducrey-schen Streptobacillus; um also einen Schanker als solchen zu erkennen, ist es das sicherste, den Eiter mikroskopisch zu untersuchen. Nur muſs man wissen, daſs der Bacillus in verschiedenen, bald längeren, bald kürzeren Formen vorkommt.

In den Kulturen erscheint der Bacillus bald in langen Ketten, bald in losen Haufen. Letzteres hat L. unzweifelhaft beobachtet. Diese Verschiedenheit ihrer Kultur scheint davon abhängig, ob sie eine gewisse, deutlich erkennbare schleimige Masse bilden, die sie als „Zone glaireuse" einhüllt und ihre Kettenbildung begünstigt. In den Ketten vollzieht sich die Vermehrung der Keime dadurch, daſs die einzelnen Bacillen sich in der Mitte teilen. Die verschiedenen, bereits erwähnten Formen des Coccobacillus entsprechen seinem verschiedenen Alter, die ganz langen stehen unmittelbar vor der Teilung, die ganz kurzen, die locker oder nur zu kurzen Ketten verbunden im Eiter liegen, haben sich soeben geteilt.

Über Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, von W. Dubreuilh. Es ist sehr schwierig, einen Lupus erythematosus als solchen zu diagnostizieren, wenn die Körperhaut nichts von dieser Ausschlagsform aufweist. Um einige Anhaltspunkte zu gewinnen, hat D. solche Fälle einer besonderen Beobachtung unterzogen, in denen neben der Erkrankung der Mundschleimhaut ein unzweifelhafter Lupus erythematosus der äuſseren Haut bestand. Im ganzen hatte er vier, zum Teil noch gar nicht veröffentlichte Fälle zur Verfügung, deren Krankengeschichten er mitteilt. Gemeinsam war diesen vier Fällen von zweifellosem Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, daſs die Veränderung mit violettroten Plaques begann, die leicht infiltriert und zum Teil mit kleinen oberflächlichen Ulcerationen besetzt waren. Später entwickelten sich dann narbige weiſse Linien, während die Röte mehr und mehr verblaſste und zuletzt nur ein narbiger Wulst blieb, der eine runde Form hatte und aus central konvergierenden Falten bestand. Diese Affektion sitzt meistens an der Wangenschleimhaut zwischen den beiden Kiefern, in der Regel ziemlich nach hinten. In allen bisher bekannten Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, war die Neubildung ganz schmerzlos und verursachte keinerlei Beschwerden. Aus diesem Grunde wird eine Behandlung meistens verweigert, zumal das Leiden sehr hartnäckig ist und sich nur selten ganz beseitigen läſst. Eine Verwechselung ist am ehesten möglich mit einer vernarbten Stomatitis mercurialis oder einem tertiären Syphilom; jedoch dürfte in diesen beiden Fällen die Anamnese vor einem Irrtum schützen. Besondere Schwierigkeiten bereitet die Diagnose, wenn der Lupus ausschlieſslich auf der Zunge sitzt; hier ist eine Verwechselung mit der Plaque muqueuse dépapillée kaum vermeidbar.

Das Verhalten der Pupillen bei erworbener Syphilis, von Sulzer. S. hat in 53 Fällen das Verhalten der Pupillen während des ersten Jahres einer erworbenen Syphilis untersucht. In 14 Fällen, die sämtlich junge Frauen betrafen, fand er ein abnormes Verhalten, dem immer eine Trennung des Licht- und des Akkommodationsreflexes zu Grunde lag, so daſs es sich also um eine motorische Störung des Arcus peristalticus handelte; Chorioidea und Retina waren immer unversehrt, auch die Sehschärfe hatte in keinem der Fälle nennenswerte Einbuſse erlitten, desgleichen fehlten Akkommodationsstörungen. In zwölf Fällen war, wie bei der Tabes, der Lichtreflex abgeschwächt oder ganz aufgehoben, der Akkommodationsreflex dagegen erhalten; jedoch bestand gegen die Tabes der Unterschied, daſs die Pupillen nicht verengert, sondern normal weit oder erweitert waren. In einem Falle fehlten beide Reflexe, und in einem anderen war der Lichtreflex vorhanden beim Fehlen des Akkommodationsreflexes.

Bei einigen der Patientinnen konnte der Befund in seinem Entstehen und Verlauf verfolgt werde. Hier wickelte sich die ganze Störung in 4—6 Wochen ab. Da die Patienten in keiner Weise dadurch belästigt werden, so ist es erklärlich, daſs

diese Beobachtung den Ärzten bis jetzt entgangen ist. Quoad Syphilis ist das Symptom als ein prognostisch günstiges aufzufassen; es deutet auf einen leichten Verlauf der Infektion. Ob es aber für eine etwaige spätere Tabes einen Fingerzeig bietet, darüber fehlen noch alle Erfahrungen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 2.

1. **Über zwei Fälle von Mischgeschwulst der Niere (Fibromyom und embryonäres Adenosarkom)**, von Léon Imbert-Montpellier.

2. **Die Hernie der Blase, mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese**, von Alessandri. Fortsetzung im nächsten Heft.

3. **Tuberkulose der linken Niere; sekundäre tuberkulöse Cystitis; Nephrektomie**, von J. Bouglé. Bei einer 31jährigen, vorher gesunden Krankenschwester waren plötzlich Schmerzen in der Gegend der linken Niere, leichte Hämaturie, Pyurie, Polyurie und Pollakiurie und bald darauf Abmagerung, Schwäche und leichte Schmerzen im Hypogastrium aufgetreten. Bei der ca. ein halbes Jahr nach Beginn der Erkrankung vorgenommenen cystoskopischen Untersuchung fand sich in der Nähe der Mündung des linken Ureters ein halbmondförmiges Geschwür; im übrigen war die Blasenschleimhaut ziemlich stark vaskularisiert, aber ohne tiefer gehende Veränderung. Ein in den linken Ureter eingeführter Katheter förderte aus dem Nierenbecken 65 ccm einer weißlichen Flüssigkeit zu Tage; dieselbe enthielt zahlreiche Tuberkelbacillen. Die cystoskopische Untersuchung, wie die Katheterisierung des Ureters hatte keinerlei üble Folgen. Nach der alsbald vorgenommenen Nephrektomie wurden die von der Blase ausgehenden Beschwerden, die Schmerzen im Hypogastrium und die Pollakiurie, stärker. Da lokale Behandlung der Blase nicht vertragen wurde, mußte man sich auf roborierende Allgemeinbehandlung beschränken; der Zustand der Kranken besserte sich rasch, auch die subjektiven Beschwerden verschwanden, als Incontinentia urinae eintrat. 28 Monate nach der Operation war das Befinden der Patientin ein durchaus befriedigendes: sie hatte an Körpergewicht zugenommen, war schmerzfrei und vollständig arbeitsfähig; jedoch bestand noch Pollakiurie und leichte Albuminurie. Die rechte Niere war vergrößert, aber nicht druckempfindlich; der Verfasser hält diese Vergrößerung für eine kompensatorische Hypertrophie.

4. **Retrovesikale Echinococcuscyste**, von Saxahansky-Kiew. Bei einem 50jährigen, sonst gesunden Manne, bei dem zuerst vor sechs Monaten Vermehrung der Urinentleerungen und Schmerzen bei denselben, dann aber neben starker Auftreibung des Leibes und hartnäckiger Verstopfung komplete Urinretention aufgetreten war, fand sich im Niveau der Prostata eine fluktuierende Geschwulst von der Größe eines Fötuskopfes. Die Geschwulst wurde vom Perineum aus incidiert; sie erwies sich als Echinococcuscyste. *Götz-München.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 2.

Über die Giftigkeit des Harnes und die Durchlässigkeit der Nieren während der Syphilis, von Soual-Toulouse. S. teilt kurz seine gewonnenen Ergebnisse mit. Die Harngiftigkeit war während der beiden ersten Jahre einer bestehenden Syphilis stets sehr gering, einerlei ob es sich um primäre, sekundäre oder tertiäre Syphilis handelte; die Giftigkeit war immer geringer, als sie normaliter nach den Zahlen von Bouchard sein sollte.

Die Durchlässigkeit der Nieren war, soweit sie untersucht wurde, nicht vermindert; in drei Fällen fand S. sie intermittierend.

Das Quecksilber der Behandlung hatte auf die Harngiftigkeit keinen Einfluß, dagegen war die Giftigkeit bei mehreren Patienten, die Jodkalium nahmen, etwas gesteigert.

Über die Steigerung des Verhältnisses der Chlorüre zum Harnstoff im Harn Syphilitischer, von Soual-Toulouse. Diese Untersuchungen führten bei allen Formen der Syphilis zu dem gemeinschaftlichen Ergebnis, daß das Verhältnis des Kochsalzes zum Harnstoff, das im Normalen = 1 : 2 ist, sich während der Krankheit zu Gunsten des Chlornatriums verschiebt. S. fand es wie 1 : 6 bis 1 : 0,7; d. h. also, es besteht während der Syphilis eine Hypersekretion von Kochsalz, was für die Gesundheit des Organismus nicht ohne Belang sei. *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. Februar 1901.

I. **Die Syphilis und ihre Komplikationen**, von L. Duncan Bulkley-New York. Obgleich bisher das infektiöse Agens der Syphilis nicht genau bestimmt und isoliert worden ist, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß die Krankheit ihr Entstehen einem, wahrscheinlich von einem Mikroorganismus herrührenden Toxin verdankt, nach Art desjenigen, welches die Tuberkulose und die Lepra hervorruft. Interessant, aber bei der Unbestimmbarkeit des syphilitischen Virus auch schwierig ist das Studium der Beziehung der Syphilis zu anderen gleichzeitig auftretenden oder nachfolgenden Infektionskrankheiten, insbesondere die Untersuchung, inwieweit die erstere durch die letzteren modifiziert wird, oder diese in ihrem Verlaufe beeinflußt.

Wenn auch das Material noch nicht so groß ist, um alle möglichen Komplikationen der Syphilis in bestimmte Klassen einzuteilen, so wird man doch zwei Hauptkategorien unterscheiden können; nämlich erstens, wenn mit dem syphilitischen Virus gleichzeitig oder fast gleichzeitig ein anderes Virus in die Zirkulation eintritt und beide um die Meisterschaft zu ringen scheinen; und zweitens wenn die eine Krankheit der anderen in einem längeren Zeitraume vorangeht oder nachfolgt.

Für zukünftige Studien ist nachstehende Einteilung zu empfehlen:

I. Zweifache, gleichzeitige primäre Infektion.
   a) Syphilis mit einer lokalen Infektionskrankheit:
      1. Syphilis und Ulcus molle.
      2. Syphilis und Mikrobieninfektion.
   b) Syphilis mit einer allgemeinen Infektionskrankheit:
      1. Syphilis und Vaccinia.
      2. Syphilis und Variola.
      3. Syphilis und Erysipelas.
      4. Syphilis und Masern.
      5. Syphilis und Typhus.
      6. Syphilis und Malaria.
      7. Syphilis und Diphtherie.
      8. Syphilis und Tuberkulose.
      9. Syphilis und Lepra.
      10. Syphilis und Sepsis.

II. Zweifache, nachfolgende Infektion.
   a) Syphilis vorangehend:
      1. Syphilis und die obenerwähnten Krankheiten.

2. Syphilis und Lupus.
3. Syphilis und Epithelioma.
4. Syphilis und Ekzema seborrhoicum.
5. Syphilis und Psoriasis (?) etc. etc.

b) Syphilis nachfolgend allen ebenerwähnten Krankheiten.

Will man abgesehen von diesem speziellen Teile des Gegenstandes denselben allgemein behandeln, so wird man der von WARD gezeichneten Richtschnur folgen, indem man unterscheidet:

1. Symbiosis, wo zwei Organismen zusammen existieren und einander in ihrer Wirkung unterstützen.

2. Metabiosis, wo ein Organismus den Weg für die Wirksamkeit des anderen vorbereitet oder bahnt.

3. Antibiosis, wo ein Organismus dem anderen entgegen arbeitet. Der Verfasser bespricht ausführlich die einzelnen Punkte.

II. **Quaddelartige Syphilide**, von H. KLOTZ-New York. Es ist eine bekannte Thatsache, daſs die syphilitischen Hauterscheinungen fast alle anderen nicht spezifischen Hautaffektionen imitieren können. Über das Vorkommen urticariaähnlicher, syphilitischer Ausschläge berichten indessen nur sehr wenige französische Autoren, während man sonst in der Litteratur so viel wie gar nichts darüber findet.

Verfasser hat wiederholentlich an Patienten im frühen Stadium der sekundären Syphilis Ausschläge gesehen, welche der Beschreibung von TAYLORS erythematösen Syphiliden oder LANGLEBERTS Roseola urticata entsprechen, jedoch noch einige besondere Merkmale aufwiesen. Die Effloreszenzen traten mit wenigen Ausnahmen an der Vorderfläche des Stammes, an Brust und Abdomen zumeist in einer nicht sehr groſsen Zahl, die 25—30 nur selten überschreitet, auf und machten auf den ersten Blick den Eindruck, als ob es sich um dunkelrote, unregelmäſsig verteilte Urticariaquaddeln handelte. Bei näherer Besichtigung erwiesen sich die einzelnen Effloreszenzen als flache, sphärische Erhabenheiten von $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll Durchmesser. Auf Druck pflegte die rote Farbe derselben nicht zu verschwinden, sondern einen mehr bräunlichen Ton anzunehmen. Sie fühlten sich fest, elastisch, aber nicht hart wie eine Papel an. Die Oberfläche war völlig intakt und zeigte deutlich die natürlichen Hautlinien. Im weiteren Verlaufe ging die Epidermis keine besondere Veränderung ein, es kam auch nicht zu einer Desquamation. In allen vom Verfasser beobachteten Fällen trat dieser Ausschlag innerhalb der ersten 3—4 Monate nach der Infektion auf. In einzelnen Fällen waren keine anderen syphilitischen Erscheinungen vorhanden, in anderen zeigten die Patienten auſserdem noch schwache Roseolaflecke. Der Verlauf ist im ganzen ein sehr langsamer und erstreckt sich selbst unter der Behandlung über 6—8 Wochen. Jucken, Stechen, Brennen oder andere Sensationen fehlten. Die Patienten zeigten im übrigen keine Neigung zu Urticaria factitia oder zur Quaddelbildung.

III. **Ein ungewöhnliches Syphilisphänomen**, von JOSEPH ZEISLER - Chicago. Das Othämatom oder das Haematoma auris, den Dermatologen und Syphilidologen eine Kuriosität, ist den Ohrenärzten eine wohlbekannte, in ihren Lehrbüchern mehr oder weniger ausführlich beschriebene Affektion. Sie besteht in einem ziemlich plötzlich auftretenden Bluterguſs zwischen Ohrknorpel und Pericondrium, dieses von jenem trennend. Die Behauptung, daſs der Erguſs subcutan liegt, wird von der Mehrzahl der Beobachter nicht bestätigt. Die Vorderfläche der oberen Ohrhälfte ist für gewöhnlich befallen. Die äuſseren Konturen des Ohres verschwinden unter der beträchtlichen Schwellung, welche dem Ohr ein etwas groteskes Aussehen verleiht. Der palpierende Finger entdeckt leicht deutliche Fluktuationen. Nach der Incision

oder Punktion wird eine dicke, seröse Flüssigkeit, deren solide Blutbestandteile an den Wänden des Tumors haften. Alle Autoren betonen den ziemlich ernsten Charakter der Affektion, die oft zu einer bedeutenden Zerstörung des Ohrknorpels und zur Entstellung des Ohres führt. Am häufigsten tritt das Othämatom nach Traumen auf. Nach den Angaben vieler Autoren begegnet man ihm relativ oft bei Geisteskranken, die mancherlei Verletzungen durch sich selbst, durch ihre Wärter, ausgesetzt sind. Dagegen findet man in der Litteratur die Affektionen nur selten in Verbindung mit Syphilis beschrieben. Zweifellos kann, wie der Knochen und das Periost, auch der Knorpel und das Perichondrium syphilitisch erkranken. Der Verfasser berichtet über einen derartigen Fall, bei welchem etwa ein Jahr nach der syphilitischen Infektion, ohne prämonitorische Erscheinungen, ziemlich plötzlich ein Othämatom des rechten Ohres auftrat. Ein Trauma war nicht vorausgegangen. Unter der Behandlung mit Jodkalium verschwand dasselbe prompt. Etwa sechs Monate später zeigte der Patient deutliche Symptome der Ménièreschen Krankheit, charakterisiert durch Schwindelanfälle, Ohrensausen, Erbrechen. Grofse Dosen von Jodkalium brachten die Erscheinungen zum Schwinden. Später klagte der Patient über Taubheit in den Fingerspitzen der linken Hand. Es ist nicht ausgeschlossen, dafs auch das Othämatom, wie manche nervöse periphere Erscheinungen ihren Ursprung in irgend einer pathologischen, vielleicht syphilitischen Alteration der Gehirnbasis hat.

IV. **Die Ätiologie und Pathologie des Hautkrebses**, von A. Ravogli-Cincinnati. Nach einigen einleitenden Bemerkungen zur Geschichte des Hautkrebses giebt der Verfasser eine Beschreibung der pathologisch-anatomischen Struktur der Carcinome. Er teilt die letzteren ein: 1. in lobuläre, 2. in lentikuläre, 3. in papillomatöse Carcinome.

Das lobuläre Carcinom nimmt seinen Ausgang vom Stratum mucosum der Epidermis und von den Drüsenelementen der Haut. Weder klinisch noch pathologisch ist ein Unterschied vorhanden zwischen einem Carcinom, welches vom Stratum mucosum ausgeht, und einem solchen, das seinen Ursprung in den Talgdrüsen hat. Beide Formen zeigen dasselbe lobuläre Aussehen. Da vielfach durch das Eindringen der epithelialen Massen die Drüsen zerstört werden, so läfst sich nur schwer entscheiden, ob der Beginn im Stratum mucosum oder in den Talgdrüsen zu suchen sei. Langwierige Ulceration mit geringer Absonderung ist ein charakteristisches Merkmal dieser Form.

Das lentikuläre Carcinom beginnt als eine tiefe, bewegliche in die Hautgewebe eingebettete Papel, die allmählich zu einem Tumor von der Gröfse einer Nufs anwächst, sich hart, elastisch anfühlt und indurierte Ausläufer in das subcutane Gewebe aussendet. Die Haut darüber erscheint verdickt, glänzend, rötlich und ist mit erweiterten Kapillaren bedeckt. Nach einer gewissen Zeit greift Ulceration Platz, die schliefslich ein tiefes, von zahlreichen oder wachsigen, gleichbeschaffenen Knoten umgebenes Geschwür zur Folge hat. Diese Art von Carcinom nimmt einen rapiden Verlauf und ergreift auch sehr rasch die benachbarten Drüsen. Histologisch zeigt ein solches Carcinom ausgesprochene alveoläre Struktur namentlich in den tieferen Schichten der Cutis, während die Papillen relativ wenig alteriert sind. Die Blutgefäfse sind stark vergröfsert, die Epithelzellen zu Nestern gruppiert, welche kleine, von kollagenen Bündeln umgebene Alveolen bilden.

Das papilläre Carcinom entspricht dem proliferierenden oder vegetierenden Carcinom Unnas. Es ist die bösartigste aller Carcinomformen, die rasch zu Metastasen in der Nachbarschaft führt. Das Stratum mucosum ist hypertrophiert und bedeckt zum Teil die verlängerten Papillen, die aus Bindegewebsfasern bestehen. Das Epithel

ist enorm vermehrt, die Epithelialzellen sind stark vergrößert. Das üppige Wachstum der Papillen ist nur die Folge der Hypertrophie des Bindegewebes. Der Reichtum an Blutgefäßen verursacht eine Hypernutrition und schließlich eine Hypertrophie dieser Gewebe. Das papilläre Carcinom kann als eine Varietät des knotigen oder tiefsitzenden Carcinoms angesehen werden.

Der Verfasser erörtert sodann eingehend an der Hand der einschlägigen Litteratur die Ätiologie des Hautkrebses. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Drei Fälle von ascendierender Infektion des Harnsystems durch den Bacillus pyocyaneus und den Proteus vulgaris, von George Blumer und Aug. Jerome Lartigau-New York. (*New York med. Journ.* 22. Sept. 1900.) Die Fälle, wo der Bacillus pyocyaneus pathogen wirkt, sind immer zahlreicher geworden und gewisse Typen von Hautaffektionen, Urininfektionen, Pneumonie, Kinderdiarrhoe u. s. w. dieser Pathogenese beschrieben worden. Die hier von den beiden Autoren beschriebenen und genau untersuchten Fälle — alle drei endeten tötlich und kamen zur Sektion — bieten insofern Besonderheiten, als es sich um die Association des Bacillus pyocyan. mit dem Proteus vulgaris und eine, bisher noch nicht auf den Bac. pyoc. zurückgeführte sogenannte aufsteigende Infektion der Harnwege handelt. In Fall 1, bei einem 46jährigen Arbeiter, war die ursprüngliche Affektion eine nervöse: partielle Paraplegie und erhöhte Reflexe, worauf aber bald komplete Paraplegie, Verlust der Reflexe, Anästhesie und Analgesie eintraten; im Anschluß daran entwickelte sich ein Geschwür infolge Aufliegen am Rücken und sekundäre Infektion durch den Bacillus pyocyaneus. Der zweite Fall betraf eine 52jährige Frau mit ascendierender Urininfektion infolge von Blasenstein und der dritte (22jährige Farbige) bot klinisch das Bild einer hämorrhagischen Septikämie, wahrscheinlich infolge primärer puerperaler Streptococcus-Infektion. Im Gegensatz zu anderen durch den Bacillus pyocyaneus bewirkten Erkrankungen bieten also jene der Harnwege anatomisch kein spezifisches Bild. Bei den experimentellen Untersuchungen war das Auffallendste die relative Ungiftigkeit des aus den drei Fällen isolierten Bac. pyoc., was den Verfassern für einen besonders chronischen Verlauf des Leidens zu sprechen scheint. *Stern-München.*

Zur Pathologie und chirurgischen Behandlung der Tuberkulose des Urogenitalapparates, von Sam. Alexander-New York. (*Med. News.* 20. Okt. 1900.) Die Tuberkulose des Urogenitalapparates beim Manne weicht nicht bedeutend von derjenigen anderer Organe ab, ausgenommen vielleicht, daß sie häufiger von irgend einer Eiterinfektion kompliziert ist, welch' letztere der Invasion des Tuberkelbacillus vorausgeht oder ihr folgt. Letsterer hinwiederum kann sekundär von anderen tuberkulösen Herden aus oder primär die Genitalien und die Harnorgane befallen; diese Art kommt für den Chirurgen in erster Linie in Betracht. Alexander hebt als Fragen, welche noch der Lösung harren, folgende hervor: auf welche Weise der Tuberkelbacillus in die Harn-Geschlechtswege gelangt, was der primäre Sitz der

Tuberkulose in einem gegebenen Falle und welcher Teil des Urogenitalapparates am häufigsten der Sitz einer primären Infektion ist. Er glaubt jedoch, daſs letztere gewöhnlich durch die Blutbahn stattfindet und zwar meist durch die Nieren; diese brauchen deshalb aber nicht das am häufigsten afficierte Organ zu sein, sondern bilden bloſs den Durchgangsweg. Die klinische Erfahrung lehrt vielmehr, daſs der Nebenhoden der gewöhnlichste Sitz der sogenannten primären Tuberkulose der Harn-Geschlechtswege und immer vor dem Hoden erkrankt ist. Wegen der groſsen Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose sollte in Fällen chronischer Erkrankung der Harnorgane, wo die Natur der Krankheit nicht völlig klar ist, der Harn häufig und sorgfältig auf Tuberkelbacillen untersucht werden und zwar, wenn nötig, nach vorherigem Centrifugieren. Cystoskopie und Katheterisieren der Ureteren sind ferner wertvolle diagnostische Hülfsmittel in den Anfangsstadien der Krankheit, während in vorgeschrittenen Fällen dieselben eher Schaden als Nutzen stiften können. In allen Fällen von Nierentuberkulose, in welchen der Allgemeinzustand des Patienten eine Operation nicht direkt kontraindiciert, fordert Alexander einen chirurgischen Eingriff. Die Statistik der letzten Jahre lehrt, daſs die Resultate der Nephrektomie viel besser sind wie die der Nephrotomie, 12,54 % Sterblichkeit im ersten Jahre nach der Operation gegen 61,7 % bei der Nephrotomie. Von den 63 von Alexander durch Nephrotomie operierten starben 39 im ersten Jahre, die 24 Überlebenden hatten alle permanente Fisteln. In den Fällen, wo die Epididymitis der Sitz der primären Affektion und der Testikel selbst noch unversehrt ist, soll eine konservative Operation, welche in Entfernung des Nebenhodens und des entsprechenden Samenstranges, möglichst nahe an den Samenbläschen, besteht, ebenso gute Resultate geben als die Kastration. Was die Tuberkulose der Prostata betrifft, so ist Verfasser der Ansicht, daſs in einer groſsen Anzahl von Fällen langsam sich entwickelnden Abscesses der Prostata bei sorgfältiger Untersuchung als Ursache derselben Tuberkulose gefunden wird und die beste Behandlungsmethode dann darin besteht, so vollständig als möglich die erkrankten Teile der Prostata zu entfernen. Die Tuberkulose der Blase hält Alexander stets für eine sekundäre, entweder von den Nieren oder dem unteren Urogenitalapparat herstammende Erkrankung, welche ein wenig günstiges Feld für den Chirurgen biete, wie überhaupt für lokale Behandlung wenig geeignet sei, da es sich um meist schon fortschreitende, allgemeine Tuberkulose handle.

Stern-München.

Die Grundsätze der Behandlung der Urogenitalneurasthenie, von B. Goldberg. (*Therapie der Gegenwart.* 1900. No. 10.) Verfasser unterscheidet drei Gruppen von Urogenitalneurasthenikern. Erstens diejenigen, welche neben ihrer urogenitalen Neurasthenie eine schwere Erkrankung der Harnwege aufwiesen. Hier ist natürlich die ätiologische, gegen das Grundleiden gerichtete Therapie die einzig rationelle Methode. Nur müssen besonders schmerzhafte Eingriffe vermieden (abortive Injektionen, energische Spülungen, Bougierungen). Zweitens kommen diejenigen Urogenitalneurastheniker in Betracht, die nur noch einen unbedenklichen und ungefährlichen Rest ihres ursprünglichen Leidens aufweisen (sterile Tripperfäden, leichte Prostatitis, nicht blennorrhoische Leukorrhoe). Hier vermeide man am besten örtliche Behandlung überhaupt und beschränke sich auf eine Allgemeintherapie. Dieser Weg kann dann betreten werden: 1. wofern die Absonderung nicht mehr rein leukocytös, nicht mehr infektiös, an Menge minimal ist; 2. wofern eine Retention in den Drüsen nicht statt hat; 3. wofern etwaige Infiltrate bis Charrière 30 sich haben dehnen lassen und dann stationär bleiben. Drittens giebt es reine nervöse Erkrankungen der Harnwege ohne jede anatomische Grundlage. Diese kann man mit Nutzen örtlich behandeln. Jedoch darf diese örtliche Therapie nicht schmerzhaft und nicht energisch

sein. Ätzungen, Kauterisationen, blutige Prozeduren müssen unterbleiben. Die Behandlung muſs kurzdauernd sein. Oft genügt ein einziger örtlicher Eingriff. Peinliche Asepsis ist streng geboten. Für die suggestive Beeinflussung genügt die Allgemeinbehandlung keineswegs. Diese Patienten verlangen eine Lokaltherapie.

I. Bloch-Berlin.

Erkrankungen und Verletzungen am Urogenitale bei Kindern, von E. Doernberger-München. (*Ärztl. Prakt.* 1900. No. 24.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Mangel des Penis. Die Beschreibung Lemkes traf für beide Fälle zu. In einer Hauttasche, die oberhalb des Beginns der normalen Skrotalraphe sitzt, liegt versteckt die Spitze einer ganz kleinen Glans penis. Es handelt sich also mehr um eine rudimentäre Entwickelung als um totales Fehlen des Penis. Des weiteren erwähnt Verfasser einen Einriſs des Skrotums in der ganzen vorderen Länge bis auf die Tunica vaginalis communis bei einem dreijährigen Knaben, der beim Fall von einem Karren mit dem Hodensack an einem vorstehenden Nagel hängen blieb. Glatte Heilung. Ähnlich war ein Dammriſs ersten Grades und Einriſs der groſsen Schamlippe durch Fall vom Tisch auf einen Stiefelzieher bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen. Desinfektion. Dammnaht. Heilung. Zum Schluſs erwähnt Doernberger zwei Fälle barbarischer Eingriffe von Eltern gegen das Bettnässen ihrer Kinder, das er übrigens mit kalten Waschungen, absoluter Entziehung des Alkohols und starker Flüssigkeiten überhaupt, Beckenhochlagerung nach Trienhofen-Stumpf und Strychnin behandelt. Eine Mutter fand ihren Knaben von 4 Jahren gefesselt im Bett, den Penis mit einem Holzscheit an das Scrotum gebunden, daſs Miktion unmöglich war. In einem andern Fall fand der Verfasser starke entzündliche Paraphimose, hervorgerufen durch Umschnürung mit einem Faden dünnster Art. *Hopf-Dresden.*

Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von A. Keiler. (*Centralbl. f. Chir.* 1900. No. 50.) Die Geschlechtsteile des im übrigen wohlentwickelten Kindes zeigten folgenden Befund: Zu beiden Seiten des wohlentwickelten Penis sah man labienartige Wülste, deren Haut runzlig und mit Talgdrüsen bedeckt war. Deutlich fühlte man in ihnen ein hoden- und nebenhodenartiges Gebilde; die Vorhaut war mangelhaft entwickelt, nur auf der Rückseite fand sich ein spärlicher Rest; auf der Unterfläche der Glans fand sich eine feine, stecknadelspitzgroſse Öffnung der Harnröhre; von der Peniswurzel zogen zwei Hautfalten zum Damme, während die beiden Hodensäcke zwischen sich eine Vertiefung lieſsen, die dem Sinus urogenitalis entsprach; eine Andeutung von Vagina lieſs sich nicht erkennen.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus, von J. Ch. Brown. (*Brit. med. Journ.* 31. März 1900.) Ein 20jähriges Mädchen hatte bisher noch nicht menstruiert und konsultierte deshalb den Verfasser. Die Untersuchung ergab einerseits:

a) Fehlen der Brüste; b) Fehlen des Fettpolsters über den Trochanteren; c) Fehlen des Uterus und seiner Anhänge(?); d) die Anwesenheit eines ovoiden Körpers im Labium majus, den man für einen Testikel ansehen könnte.

Andererseits: a) weibliches Aussehen, weibliche Stimme, Haare und „Gefühle". (Das Mädchen hatte ein Liebesverhältnis mit einem jungen Manne); b) das Vorhandensein einer Clitoris, Urethra, Vagina mit Hymen; c) ein weibliches Becken; d) der Körper im Labium majus könnte auch ein Ovarium sein. (NB. Der Pseudohermaphroditismus ist wohl etwas zweifelhaft. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Harnverhaltung, von A. Peyer. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 5—6.) Verfasser bespricht die einzelnen Arten der Harnverhaltung und deren Symptomatologie, welche

er in neun Gruppen einteilt und zwar kann die Harnverhaltung verursacht werden 1. durch die senile Prostatahypertrophie, 2. durch Urethralstrikturen, 3. durch einen entzündlichen Verschluſs der Harnröhre, 4. infolge von nervöser Ischurie, 5. Parese, Paralyse der Blase, 6. durch Atonie der Blase, 7. infolge Dislokationen der Blase, 8. Harnverhaltung infolge Priapismus und die Ischiurie bei Knaben, 9. unterscheidet er chronische Harnverhaltung, welche wohl selten ist infolge von Hindernissen am Orif. ant. urethr. z. B. Hypo- und Epispadia und von Phimose, ferner infolge von Polypen oder Konkrementen in der Harnröhre. *A. Alpár-Alexandria.*

Operative Behandlung der Hypospadie, Demonstration von drei mit Erfolg behandelten Fällen von Carl Beck-New York. (*New York med. Journ.* 1900. No. 23.) Beck ist der Ansicht, daſs die Hypospadie eine der häufigsten Miſsbildungen des menschlichen Körpers ist; Rennes z. B. fand unter 800 Rekruten der französischen Armee je einmal eine Hypospadie. Die Operation derselben sollte unter allen Umständen in den Kinderjahren vorgenommen werden und es sei als sträfliche Nachlässigkeit anzusehen, bis zur Mannbarkeit den Betroffenen heranwachsen zu lassen. Die Methode von Beck besteht nun in kurzem darin, daſs er die groſse Ausdehnbarkeit der Harnröhre sich zu Nutzen machte und, anstatt eine neue Harnröhre zu bilden, den bereits vorhandenen Teil derselben mit dem Messer trennt und nach vorwärts verlegt, so daſs kein neuer Kanal gebildet werden muſs und die vorhandene Harnröhre ihre Funktion ausführen kann. Vom Gebrauch des Katheters kann bei dieser Methode abgesehen werden, der Urin kommt mit der Wunde nicht in Berührung, so daſs mit peinlicher Asepsis operiert werden kann. Nachdem die Urethra freigelegt ist, so daſs sie leicht bis zu der Eichelspitze vorgezogen werden kann, wird an der letzteren eine Öffnung durch zwei Lappen geschaffen, indem an jeder Seite der Rinne ein lateraler Einschnitt gemacht wird. Die näheren Einzelheiten der sehr ingeniös erdachten Neuschaffung einer normalen Harnröhre sind nur mittelst der beigegebenen zwölf anschaulichen Zeichnungen verständlich. Die Nachbehandlung soll eine sehr einfache sein, der Penis wird mit Jodoformgaze so umwickelt, daſs ein freier Raum für die neue Öffnung übrig gelassen ist; diese wird mit feuchten Kompressen (essigsaure Thonerde), die häufig zu wechseln sind, bedeckt. Das jüngste Kind, an welchem B. seine Methode anwandte, war nur 5 Monate alt; es trat keine Reaktion ein und nach 24 Tagen ist das Resultat ein vollständiges (Demonstration). Nach Operation an Erwachsenen wurde zuweilen eine leichte Verkrümmung des Penis während der ersten Monate nach der Operation beobachtet, diese Komplikation wird am besten durch Einführung weiter Metallsonden, welche eine Zeit lang verweilen, behandelt. Das Prinzip dieser Vorwärtsverlagerung kann noch bei vielen anderen pathologischen Zuständen der Urethra, und auch beim Weibe angewandt werden, z. B. bei allen Zerstörungsprozessen ulcerativer oder traumatischer Natur, bei Fällen von Urethrovaginalfisteln; auch bei Amputation des Penis, die so oft bei Carcinom indiciert ist, kann die Vorwärtsverlagerung versucht und der bewegliche Teil der Harnröhre durch das Skrotum gelegt werden, so daſs der Urin in einem Strome abgelassen werden kann. In den zahlreichen Modifikationen, die zu seiner Methode seit ihrer Publikation vor 3½ Jahren vorgeschlagen wurden, sieht Beck den besten Beweis ihrer Brauchbarkeit. *Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 11. 1. Juni 1901.

(Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-St. Georg. Oberarzt: Dr. Engel-Reimers.)

Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis.

Von

Dr. Lochte.

(Fortsetzung.)

3. Syphilis und Malaria.

Unter den Krankheiten, die einen verschlimmernden Einfluſs auf die Syphilis ausüben, spielt auch die Malaria eine Rolle. Pellizari hat auf dem achten Kongreſs der Association médicale italienne derartige Beobachtungen mitgeteilt (Jullien).

Auch Lang ist von dem üblen Einfluſs der Malaria überzeugt. Leloir,[24] Fournier, Verneuil sprachen sich in demselben Sinne aus.

Besonders Moursou, 1889, und Lepers, 1889, beschäftigten sich eingehend mit dem Nachweis des schweren Verlaufs der Syphilis bei gleichzeitig malariakranken Individuen, ebenso Moreira 1891.

Tarnowsky nahm 1896 an, daſs durch Malaria das beschleunigte Auftreten der gummösen Periode und die schwere Heilbarkeit der Krankheitserscheinungen begünstigt werde.

Wie man sich den nachteiligen Einfluſs der Malaria auf die Syphilis vorzustellen hat, ist nicht — wenigstens soweit mir die Litteratur zur Verfügung stand — überall klar ausgesprochen. Ich gehe wohl in der Annahme nicht fehl, daſs es im wesentlichen die durch die Malaria be-

[24] Leloir (*Progrès méd.*): „Il est certain, que l'impaludisme joue un rôle important dans l'étiologie des syphilis malignes précoces. Mon attention à été attirée sur ce fait en 1882 par les professeurs Verneuil et Fournier. Depuis cette époque, je me suis beaucoup occupé de la question indiquée par Martineau et Ott. Je possède à cet égard de nombreuses observations des plus probantes et je vous répète ici ce que j'ai dit dans une de mes cliniques antérieures intitulées Syphilis et Paludisme: Il sembla très probable que l'intoxication paludienne chronique soit une cause d'aggravation de la syphilis.“ (Aus Moursou: Recherches cliniques sur la complication paludienne dans quelques intoxications. *Arch. de méd. navale.* 1888. Bd. 50. S. 140.

dingte Anämie ist, die den Kranken schädigt und so das Terrain für einen schweren Verlauf der Syphilis schafft.

Die Fälle von Malaria und Syphilis, die ich gesammelt habe, lassen sich in zwei Gruppen einordnen. Zunächst liegen sechs Fälle vor, in denen früher eine Malariaerkrankung vorausgegangen war und nach mehr oder weniger langer Zeit die syphilitische Affektion folgte.

In dem einen (M., 47 J. alt) hatte Patient im Sommer 1896 Malaria überstanden. Am 16. II. 97 kam er mit einem Primäraffekt im Sulcus retrogland. zur Aufnahme. Es bestand noch jetzt starke Milzschwellung. Der Schanker heilte im Laufe von fünf Wochen ab. Sekundärerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Im Falle von M. (aufgen. 12. V. 94), der sich in Valparaiso infiziert hatte, boten die Sekundärerscheinungen nichts aufsergewöhnliches.

Bei T. (aufgen. 29. I. 94) — infiziert von einer Negerin in Amerika —, der nach neun Wochen hier aufkam und bei dem einzelne leichte Temperatursteigerungen vielleicht noch mit der 1893 überstandenen Malaria in Zusammenhang standen, bestanden die Sekundärerscheinungen nur in einer grofsfleckigen Roseola und vereinzelten papulo-squamösen Syphiliden auf dem rechten Unterarm.

Bei Z. (aufgen. 5. VI. 94), anfangs April in Südamerika infiziert, zeigte sich ein kleinfleckiges makulo-papulöses Syphilid am Stamm.

Die Malariafälle lagen zum Teil längere Zeit vor der syphilitischen Infektion zurück.

Interesse bieten ferner die beiden folgenden Fälle:

A. hatte 1897 und 1898 an schwerer Malaria gelitten. Noch im Januar 1898 war er in Antwerpen wegen Malaria im Krankenhause gewesen. April 1898 infizierte er sich syphilitisch bei einer Araberin in Alexandrien. Am 28. VII. 98 kam er kachektisch, mit deutlich palpabler, derber Milz zur Aufnahme. Gleichzeitig bestanden ulcerierte Schleimpapeln am Präputium, allgemeine Drüsenschwellung, nässende Papeln in den Penoskrotal- und Genitofemoralfalten etc. Die Syphilis war keine maligne.

Patient H. bietet folgende Krankengeschichte:

H., Matrose, 31 J., aufgen. am 13. November 1895.

1885 und 1886 hatte Patient schwere Fieberattacken an der Westküste, 1890 zuletzt an der Ostküste von Afrika gehabt. Sonst war er stets gesund.

Am 6. Mai d. J. ist Patient von Rangoon abgefahren, 8 Tage vorher letzter Coitus mit einer Eingeborenen. 14 Tage nach der Abfahrt trat ein Schanker auf an der Eichel, der unter lokaler Behandlung von Seiten des Kapitäns — ein Arzt war nicht an Bord — in 14 Tagen heilte. Nach weiteren 14 Tagen Schwellung der Leistendrüsen beiderseits; der Bubo der linken Seite mufste zweimal geschnitten werden, während der rechte zurückging. Bei der Incision soll sich nur „blutige Flüssigkeit“ — kein Eiter entleert haben. Die Bubonenwunde heilte dann allmählich

riſs aber im September bei der Arbeit wieder etwas auf und vergröſserte sich allmählich. In den letzten Wochen fühlte sich Patient sehr matt, hatte entzündetes und leicht blutendes Zahnfleisch, konnte nicht ordentlich gehen. Seit dem 18. X. hat er dauernd gelegen.

Auf dem Schiff, das von Rangoon bis Falmouth, ohne Land zu berühren, 192 Tage unterwegs war, ist noch ein weiterer Fall von Skorbut vorgekommen.

Groſser, elend aussehender, stark abgemagerter, anämischer Mensch, Gew. 59 kg. Am Penis keine Narbe zu konstatieren. In der linken Leistenbeuge eine 10 cm lange, 8 cm tiefe und 5 cm breite Wundhöhle, deren Mitte von einer bloſsgelegten Drüse eingenommen wird. Im übrigen sind die Wände der Wundhöhle mit einem nekrotischen grauen Belag austapeziert. Die Umgebung der Wunde ist stark infiltriert, so daſs dadurch ein faustgroſser, flacher, stark indurierter, derber, auf der Unterlage fest haftender Tumor gebildet wird. Auf der Haut der Umgebung mehrere subcutane Hämorrhagien älteren Datums.

Keine besondere Schwellung der Leistendrüsen der rechten Seite, der Cubital- und Nackendrüsen. Kein Leukoderma, keine Alopecie.

Über beiden Schultern zerstreute, bis 5 Pfennigstück-groſse, zum Teil schuppende Papeln. Zahnfleisch stark geschwollen und gerötet. An Unterschenkeln und Armen reichliche Blutungen. Die Gegend hinter dem rechten Knie infolge ausgedehnter Blutungen infiltriert, grünlich und bläulich verfärbt; die Bewegungen des Knies dadurch erschwert. Gelenke selbst frei. Die inneren Organe normal.

24. XI. Gewicht 62,5 kg. Die Schwellungen der rechten Kniekehle sind zurückgegangen; der Bubo sieht besser aus. Soll mit einreiben.

22. XII. Der Bubo ist geheilt. Mäſsige allgemeine Drüsenschwellung. Kein Leukoderma, keine Alopecie. Entlassen. (Seesalzbäder 3 mal wöchentlich; Ung. cin. 4,0 dos. 4; 6,0 dos. 16.)

Der Kranke hatte demnach Malaria überstanden, allerdings lag diese Krankheit 10 Jahre zurück. Darauf acquiriert Patient Syphilis — Infektion in Rangoon —, auſserdem erkrankt er während der 192 Tage währenden Heimreise auf einem Segelschiff an Skorbut. Trotzdem zeigt die Syphilis keinen schweren Charakter.

Diesen Fällen stehen nun andere gegenüber, in denen die Malariaanfälle zur Zeit der syphilitischen Infektion noch fortbestehen, oder in denen bald nach erfolgter Infektion die Malaria acquiriert wird.

Solche Beobachtungen stehen ebenfalls 6 zur Verfügung.

Bei Sch. (aufgen. 15. IX. 93) wurde nur der Primäraffekt beobachtet, der keine Besonderheiten zeigte. Bei T. (16. VII. 97) boten die vorhandenen Sekundärerscheinungen nichts auſsergewöhnliches.

Dagegen verdienen die 4 übrigen Fälle mehr Berücksichtigung:

1. Matrose J., 29 J. alt (aufgen. 12. IX. 1899) hatte sich im Juli 1895 in Stettin infiziert, war daselbst mit einer Schmierkur behandelt worden. Später hatte er angeblich keine Krankheitserscheinungen. 1899 wird Patient in einem englischen Krankenhause in Rangoon vom 15.—24. II. an schwerer Malaria behandelt; dort ungeheilt entlassen. Noch auf der Heimreise ist er krank und bedarf auch, in Hamburg angekommen, noch weiterer Behandlung; da tritt Anfang Juni ein Geschwür im Halse auf. Dasselbe heilt nicht. Am 12. IX. kommt Patient mit einem groſsen in der Nische über der linken Tonsille, zwischen den Gaumenbögen gelegenen, zerfallenen,

in der Tiefe speckig belegten Gumma — die Umgebung geschwollen und düsterrot verfärbt] — zur Aufnahme. Hier darf man wohl annehmen, daſs die Malaria provokatorisch gewirkt und das Wiederaufflackern der bis dahin latenten Syphilis bewirkt hat.

2. Bei G., 17 J. alt, Leichtmatrose (aufgen. 29. VI. 98) wurde nur ein lenticuläres, papulo-squamöses Exanthem des Rückens beobachtet (infiziert vor 8 Wochen durch eine Negerin auf Cap Palmas, 8 Tage vor der Aufnahme hier Malaria mit drei Fieberanfällen).

3. Ein Schotte Mac N., Matrose, 26 J. alt, infizierte sich vor 5 Monaten bei einem Hinduweib in Calcutta. 8 Wochen nach erfolgter Ansteckung Ausschlag. Nach 12 Wochen Schmerzen in den Knien, ferner in den Hand- und Ellenbogengelenken, die nachts besonders heftig sind.

Der Kranke, ein langer, abgemagerter, elend aussehender Mann (Gewicht 52 kg) zeigt über Rumpf und Gliedern linsen- bis groschengroſse, kupferfarbene, schuppende Syphilide. Konfluierende impetiginöse Syphilide nehmen die Nasenspitze und die rechte Ohrmuschel ein. Schuppende Plaques bedecken die Stirn, Augenbrauen, Wangen und Kinn. Im unteren Drittel beider Tibien flache, groschengroſse Tophi fühlbar.

Milz palpabel und derb. Patient fiebert und hat am 13. XI. einen typischen Malariaanfall.

4. H., 28 J. alt, Arbeiter, infiziert sich Oktober 1897 syphilitisch, acquiriert in Dezember in Chile Malaria und kommt Juli 1898 zur Aufnahme mit Schleimpapeln am After und im Munde; gleichzeitig bestehen aber an Rumpf und Gliedern verstreut linsen- bis pfenniggroſse bräunlich livide Pigmentnarben abgeheilter Syphilide.

Ein Überblick über diese Fälle lehrt, daſs die einige Jahre zurückliegende und geheilte Malaria keinen Einfluſs auf den Verlauf der Syphilis ausübte.[25] Anders in den Fällen, in denen die Malaria gleichzeitig mit der Syphilis die Kranken befiel. In den letzten 4 Fällen ist der üble Einfluſs der Malaria unverkennbar. Wir müssen demnach den französischen Beobachtern Recht geben, daſs die Malaria den Verlauf der Syphilis verschlimmern kann. Wir müssen aber dabei mit in Rechnung ziehen, daſs eine Reihe anderer Faktoren mit von Einfluſs sein konnte. Das ist einmal in einigen Fällen die Übertragung der Syphilis von einer anderen Rasse her. Ein Umstand, dessen Bedeutung wir im nächsten Abschnitt weiter untersuchen wollen; ferner die bei vielen Reisenden sich einstellende Tropenanämie und der häufig bei langen Reisen mitwirkende Mangel einer sachgemäſsen Pflege und Behandlung.

4. Die Bedeutung der Rassenunterschiede.

Es ist oft behauptet worden, daſs die Syphilis schwere Erscheinungen mache, wenn sie von einer Rasse auf die andere übergehe. So äuſsert sich bereits Morache [Pékin et ses habitants (*Annales d'hygien.* 1870) citiert nach Moursou Bd. 50. S. 135] unter anderem: „La constitution de la

[25] Auch Krowczynski konnte in seinem Falle sich nicht von einem üblen Einfluſs der früher überstandenen Malaria überzeugen.

race ne parait pas profondément débilitée. Le mal vit à l'état latent. Mais qu'un Européen vienne à être infecté, et l'on verra éclater chez lui les accidents les plus redoutables de la vérole classique. Le virus prend un nouvel essor; l'Européen contaminé est pour l'observateur une véritable pierre de touche." C'est ce qu'a cru également MAHÉ lorsqu'il a écrit (Dictionn. encyclopaid. art. Syphilis): „La constitution de la race chinoise et des races de l'extrême Orient me paraît profondément débilitée par la vérole qui y vit comme à l'état latent. Mais qu'un Européen vienne à être infecté, on voit éclater chez lui les accidents les plus graves de la vérole maligne (MORACHE). Cette remarque s'applique aux véroles de tout l'Orient proprement dit."

Diese Auffassung hat in der Folgezeit keine wesentliche Änderung erfahren. Auch A. HIRSCH spricht sich in seiner historisch-geographischen Pathologie in demselben Sinne aus. E. LANG sagt: „Auch ich habe von Ärzten, die ihre Erfahrungen auf Kolonien sammelten, vernommen, dafs der Europäer daselbst nichts so sehr zu scheuen habe, als eine Syphilisinfektion."

Es kommt aber hier gleich ein anderer Umstand mit in Betracht, der erschwerend mitwirkt, das ist die Tropenanämie. „Elle (La Syphilis tropicale) — sagt REY — (*Annales de Dermatologie* 1880, citiert nach MOURSOU, S. 139) est cependant malfaisante au plus haut degré pour l'Européen, en raison de l'état d'anémie, auquel ce dernier est fatalement amené par le fait seul de son séjour dans les pays chauds"; und MAURIAC pflichtet dem bei (S. 235): „La Syphilis tropicale est très malfaisante pour l'Européen non acclimaté, à cause de l'état anémique dans lequel il ne tarde pas à tomber et de l'impossibilité, ou il se trouve de la traiter énergiquement. La Syphilis contractée par les Européens sur le littoral de la Chine est en général grave et opiniâtre, quoique la zone soit tempérée."

Bei den tropischen Infektionen wird man also aufser der Übertragung von einer fremden Rasse die Tropenanämie und eventuell den Mangel einer genügenden Behandlung immer im Auge zu behalten haben.

Syphilitische Infektionen in fremden Erdteilen kamen im Laufe der letzten 5 Jahre 179 zur Beobachtung; und zwar erfolgte die Infektion in

Afrika	31,
Asien	58,
Amerika	88,
Australien	2 mal.

Nun ist dabei wohl zu berücksichtigen, dafs diese Infektionen nicht alle von anderen Rassen her erfolgten; sie konnten durch ausgewanderte Weifse, durch Mulatten, Mestizen, Kreolen etc., irgendwelche Mischlinge übertragen werden. Es war daher erforderlich, diejenigen Fälle heraus-

zulesen, in denen die Infektion wirklich nur von einer anderen Rasse erfolgte. Solche Fälle habe ich im ganzen 47 gefunden. Die asiatischen Infektionen erfolgten durch Japanerinnen, Chinesinnen, Inderinnen in Madras, Bombay, Hinduweibern, Birmanerinnen etc.

Die afrikanischen Infektionen durch Abessynierinnen, ostafrikanische Negerweiber, durch Kaffernweiber des Kaplandes, Kamerunnegerinnen, durch Schwarze in Alexandrien, Dar-es-Salam.

Die amerikanischen Infektionen durch westindische Negerinnen und Indianerweiber.

Der Zahl nach verteilen sich die Infektionen auf

Asien (China, Japan)	19,
Afrika	17,
Amerika	11.

Im ganzen erwiesen sich 5 Fälle als maligne und zwar 4 in Asien und 1 in Amerika acquirierte Syphilis; die ausführlichen Krankengeschichten sind am Schluſs der Arbeit mitgeteilt (M., Schli., B., Ha., Br.)

Vor allem wird es interessieren über die anderen 42 etwas zu erfahren. Die meisten von ihnen kamen vor Ablauf von 6 Monaten nach erfolgter Infektion hier in Behandlung, nur bei 5 war ein Zeitraum von 6—14 Monaten bereits verflossen.

Über die Beschaffenheit der Primäraffekte lassen sich begreiflicherweise keine Angaben machen, da zumeist schon therapeutische Maſsnahmen getroffen waren und während der langen Heimreise der Schanker häufig bereits vernarbt war.

Nur dreimal traten die ersten Allgemeinerscheinungen (Exantheme) vor Ablauf von 8 Wochen auf und zwar einmal nach 4, zweimal 6 bis 7 Wochen nach erfolgter Infektion; in vielen Fällen, in denen bereits Schmierkuren vorangegangen waren, nach 2—4 Monaten.

Unter den Aufgenommenen zeigten:

1. M., 44 J., Heizer, nach 2 Monaten ein sehr dichtes papulöses Exanthem, auf der Stirn über der Nasenwurzel ein wallnuſsgroſses Gumma. Drüsentumor an den Kieferwinkeln.

2. N., 28 J., Kommis, nach $2^1/_2$ Monat cerebrale Erscheinungen; Brechneigung, Schwerbesinnlichkeit, Stauungspapille beiderseits.

3. v. F., 28 J., Schiffsoffizier, nach 4 Monaten frühsyphilitische akute Nephritis.

3. K., 32 J., Matrose, nach 8 Wochen Roseola und beiderseitige Iritis.

5. L., 22 J., Heizer, nach 6 Monaten in Gruppen angeordnete, schuppende, kleinpapulöse Syphilide an den Armen. Iritis dextra.

6. N., 25 J., Steward, nach 6—7 Wochen locker verstreute, braunrote, kirschkerngroſse Pigmentnarben.

7. N., 37 J., Kaufmann, nach 14 Monaten pfennigstückgroſses ulceröses Syphilid am Naseneingang. Pustulöse Syphilide des behaarten Kopfes. Knotensyphilide am Rumpfe.

8. G., 17 J., Leichtmatrose, gleichzeitig malariakrank, ein lentikuläres, papulo-squamöses Exanthem.

9. J., 22 J., Matrose, nach 3 Monaten pustulöses, universelles Exanthem und Iritis dextra.

10. Mac N., 26 J., Matrose, gleichzeitig malariakrank, nach 8 Wochen impetiginöse Syphilide des Gesichts und groschengrofse, kupferfarbene, schuppende Syphilide an Rumpf und Gliedern.

11. Sch., 24 J., Koch, nach 4 Wochen lentikuläres papulo-squamöses Exanthem.

12. Z., 22 J., Steward, nach 8 Wochen polymorphes, aus Papeln und Roseola gemischtes Exanthem.

Unter den 42 Fällen wurden 11 mal keine Sekundärerscheinungen beobachtet; hier war nur der Schanker oder die indurierte Schankernarbe Gegenstand der Behandlung.

Von 31 Fällen, die bereits Allgemeinerscheinungen boten, waren demnach 12 mal (also in 38,7% der Fälle) schwere Erscheinungen vorhanden.

Wir können an dieser Stelle nur wiederholen, was wir bereits früher ausgesprochen haben, dafs wir ja im Krankenhause nur immer einzelne Phasen des ganzen Krankheitsprozesses vor uns hatten. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Zahl von 38,7% schwerer Fälle sicher eine enorm hohe.

Unter den 12 aufgezählten Fällen hatten sich infiziert:

2 in Calcutta,
2 in Dar-es-Salam,
1 in Rangoon,
1 in Kamerun,
1 auf St. Thomas,
1 auf Kap Palmas,
1 in Kapland,
1 in Zanzibar,
1 auf St. Martinique,
1 auf Jamaika.

Demnach 6 in Afrika, 3 in Asien, 3 auf den westindischen Inseln.

Dagegen hatten sich von den 5 Fällen maligner Syphilis 4 in Ostasien (Rangoon, 2 mal Singapore, Hongkong) und nur einer in Afrika infiziert.

Es würden also nach dieser Zusammenstellung die asiatischen Infektionen die schwersten sein und darauf die afrikanischen folgen. Es ist wohl möglich, dafs die weite Entfernung der ostafrikanischen Hafenplätze die üble Wirkung der Tropenanämie, sowie der Mangel einer sachgemäfsen Behandlung besonders wirkungsvoll machen und dementsprechend zu schwereren Erkrankungen häufiger Anlafs geben.

Indessen sprechen auch andere Erfahrungen für einen besonders ungünstigen Verlauf der in ostasiatischen Hafenstädten erworbenen Syphilis.

Wie aus dem statistischen Sanitätsbericht über die Kaiserlich Deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. April 1895 bis 31. März 1897 hervor. geht (S. 16), war die gefährlichste Station wie bisher immer Ostasien. S. 43: „Konstitutionelle Syphilis wurde in 209 Fällen behandelt mit durchschnittlich 40,2 Behandlungstagen. Die Ansteckung erfolgte am häufigsten in Hongkong, Shanghai und Yokohoma.“ Die Primärerscheinungen bestanden oft in Geschwüren mit ganz knorpelharter Umgebung, an die sich nicht selten steinharte Leistendrüsenschwellungen anschlossen. Im allgemeinen erwiesen sich die Ersterkrankungen als sehr hartnäckig. Schwere und mehrfache Rückfälle, die manchmal bereits 1 Monat nach erfolgter Heilung eintraten, waren nicht selten.[26]

Nicht unerwähnt möchte ich schliefslich lassen, dafs in Hamburger Kaufmannskreisen die besprochenen Facta wohlbekannt sind und dafs also auch von Laien die in asiatischen Hafenplätzen erworbene Syphilis als eine schwere Erkrankung angesehen wird.

5. Syphilis im Greisenalter.

Über den Verlauf der Syphilis im Greisenalter waren die Ansichten früher geteilt. Nach SIGMUND ist die erste und auch die zweite Inkubation länger als bei jugendlichen Individuen. Der Verlauf ist ein milder, die Fortschritte langsam, der Ausgang ein günstiger.

Demgegenüber geben zwar QUINQUAUD und ULLMANN zu, dafs die erste und auch die zweite Inkubation eine längere sein könne, dagegen könne die Syphilis bei Greisen hartnäckig sein, fortwährend recidivieren, ja es kämen wahre maligne Formen vor.

S. 503: „Quant au pronostic, les accidents secondaires et tertiaires peuvent être tout aussi graves, souvent même plus graves, plus tenaces, plus rebelles au traitement specifique que les accidents qui dépendent de la syphilis des jeunes gens ou des adultes.“

Speziell auch die tertiären Erscheinungen repullulieren leicht und gelangen langsam zur Resorption.

Spätere Beobachter, speziell in Deutschland, bringen nichts wesentlich

---

[26] Im Sanitätsbericht 1897—1899, der erst nachträglich in meine Hände gelangte, ist die Beurteilung der ostasiatischen Syphilis (S. 72) dieselbe:

„Im allgemeinen zeichneten sich die Erkrankungen durch grofse Hartnäckigkeit und schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Krankheitserscheinungen und Krankheitsstadien aus, eine Beobachtung, die auch von den in Ostasien praktizierenden Civilärzten gemacht sein soll. Als überaus bösartig erwies sich, in Übereinstimmung mit früheren Beobachtungen und Berichten, die in Hongkong erworbene Syphilis. Es ergab sich dies einmal aus der ungewöhnlich starken Mitbeteiligung des ganzen Körpers, welche sich durch grofse Blässe, erheblichen Gewichtsverlust und grofse Körperschwäche, besonders im Entwickelungsstadium der Syphilis, kundgab, sodann aus den häufigen und schnell aufeinander folgenden Rückfällen. Mit Ausnahme eines Falles, welcher infolge von Gehirnsyphilis an Gehirnblutung verstarb, wurden alle Erkrankten bis zur Dienstfähigkeit wiederhergestellt.“

neues. Baumler sagt (1886): „Alte Leute sind durch Syphilis sehr gefährdet und jedenfalls verläuft die Syphilis bei ihnen langsamer, wenn auch nicht immer mit schweren Erscheinungen. Lesser (1888) bemerkt (S. 223), dafs das höhere Alter eine besondere Vorliebe für ausgebreitete papulöse Exantheme, oft kompliziert mit Iritiden zeige. Die galoppierende Form komme nur ausnahmsweise im höheren Alter vor.

Dagegen haben französische Autoren, Ricord, Dulac, Fournier, Lainé, Regoby, Renault, sich ausführlich mit dem Verlauf der Syphilis bei Greisen beschäftigt.

Aus ihren Beobachtungen ergiebt sich, dafs der Primäraffekt sich im allgemeinen langsam entwickelt, und dafs er geringe Tendenz zur Heilung zeigt. Die Eruptionserscheinungen sind schwere, oft mit Fieber begleitete, Roseola selten, dagegen papulosquamöse Formen häufiger, Erscheinungen gummösen Charakters treten zeitig auf und recidivieren oft, besonders Störungen des Centralnervensystems kommen häufig vor. Anämie und Kachexie sind stets sehr ausgesprochen.

Häufig ernsten Verlauf hat auch Haslund gesehen.

Bemerkenswert sind, wie mir scheint, die Ausführungen Regobys (1887). Nach ihm ist zwischen physiologischen und pathologischen Zuständen im Senium keine scharfe Grenze zu ziehen. Die hervorragendsten Veränderungen betreffen im Alter die Gefäfse „on a l'âge de ses artéres"; daher denn manche Individuen schon mit 40, andere erst mit 60 Jahren Greise genannt zu werden verdienen.

Ich führe diese Anschauungen Regobys deshalb an, weil sie geeignet sind, das Auftreten von Störungen des Centralnervensystems bei syphilitisch infizierten Greisen unserem Verständnis näher zu bringen. Wir wissen ja, dafs sich die Syphilis mit besonderer Vorliebe da lokalisiert, wo schon von vornherein Läsionen irgend welcher Art vorhanden sind, und dafs sie bei jedem Menschen den Charakter derjenigen Krankheit annimmt, zu der er durch die Erblichkeit und andere prädisponierende Ursachen neigt (Paracelsus).

Aus den letzten 5 Jahren habe ich auf der Männerabteilung 15 Fälle von Syphilis zusammenstellen können, die Leute im Alter von 51 bis 71 Jahren betrafen.

Bei 2 (R. und Sch.) wurde nur der Primäraffekt beobachtet. Bei R. bestanden nur einige linsengrofse, schankröse Erosionen am Innenblatt der Vorhaut, die nichts besonderes boten. Bei Sch. ein pfennigstückgrofses, mit nekrotischen Fetzen bedecktes Ulcus im Sulcus retrogland.

Bei 5 weiteren Kranken, die gleichzeitig Sekundärerscheinungen hatten, bot der Schanker nichts bemerkenswertes.

Bei den anderen bestanden bereits sekundäre Erscheinungen und zwar boten 9 Fälle Besonderheiten.

1. D., 68 J., Arbeiter (aufgen. 4. IV. 99). Weihnachten 1898 infiziert, kam Weihnachten 1899 mit einem dichten varioliformen Exanthem über den ganzen Körper zur Aufnahme. Dasselbe war in allen Stadien der Papel-, Pustel- und Borkenbildung. An beiden Unterschenkeln bestand ein variköses Ekzem, in dessen Bereich sich die Pusteln in kirschkerngroße Geschwüre umgewandelt haben.

2. P., 60 J., Makler, zeigte 12 Wochen nach der Infektion ein sehr dichtes, papulöses Exanthem, Schleimpapeln auf den Tonsillen, Psoriasis plantaris etc.

3. Z., 55 J., Krämer, hatte sich vor 8 Wochen infiziert und kam jetzt (6. X. 96) mit trockenen und nässenden Papeln am Skrotum, sowie einem ausgedehnten papulo-squamösen, mit pustulösen Syphiliden unterbrochenen Exanthem, das auch das Gesicht stark befallen hatte, sowie mit Papeln und Pusteln auf dem behaarten Kopfe zur Aufnahme.

4. A., 51 J., Arbeiter, vor 9—10 Wochen infiziert, zeigte am 8. XII. 96 eine Roseola papulosa und eine Schleimpapel der rechten Conjunctiva palpebrarum.

5. L., 60 J., Reisender, hatte sich vor 8 Jahren infiziert und wiederholt Hg-Kuren durchgemacht. Am 27. VII. 95 kam er mit einer in toto verdickten Zunge zur Aufnahme, auf deren Oberfläche rechts sich ein bohnengroßes, links ein kleineres ulceröses Syphilid befand.

6. M., 52 J., Gärtner (aufgen. am 13. II. 97) mit einem polymorphen, papulosquamösen Exanthem.

7. R., 52 J., Koch, Juli 94 infiziert, kam am 8. X. 94 neben einer Roseola, die mit einzelnen papulosquamösen Efflorescenzen untermischt war, mit bohnengroßen, ziemlich dicht stehenden papulosquamösen Syphiliden an Hals und Nacken, Schleimpapeln der Lippen, Psoriasis plantaris etc. zur Aufnahme.

Die beiden letzten Krankengeschichten sind durch auftretende Störungen des Centralnervensystems, bezw. der Psyche, bemerkenswert:

G., 51 J., Arbeiter, aufgen. 9. V. 1894.

Markstückgroßer Schanker des Präputium. Roseola. Varioliformes Exanthem des Gesichts. Pap. muc. conjunctivae. Entlassen am 9. VI.

Wiederaufnahme am 30. IX. wegen Schwindelanfällen, Myosis, Kopfschmerz. Über den ganzen Rücken und auf der rechten Schulter nummuläre, ulceröse Syphilide. Roseola urticata auf der Brust. Pustulöse Syphilide des behaarten Kopfes, erbsengroße Papeln am Kinn. Groschengroßes pustulöses Syphilid am linken Tragus. Bohnengroße papulosquamöse Syphilide am linken Oberschenkel. Ptosis rechts. Hemiparesis dextra. Papillen beiderseits gerötet. Pupillen reagieren träge. Sphinkterenlähmung. Die ulcerösen Syphilide des Rückens heilen. Patient verfällt aber und stirbt am 30. X.

Die Autopsie ergiebt luetische Erkrankung der Art. vertrebrales und basilaris und einen kirschkerngroßen Erweichungsherd im Pons.

O., 69 J., Wächter, aufgen. 6. III. 1899.

Infiziert am 16. Januar durch Umhertreiberin.

Status praesens: Seniler, redseliger, umständlicher alter Herr, der mit großem Nachdruck seine noch vorhandene Potenz rühmt. Sclerödem der phimotischen Vorhaut, lentikuläres, papulosquamöses Exanthem von Kupferfarbe auf Rumpf, Stirn und Gliedern. Starke allgemeine Drüsenschwellung. 12 III. Aus der Vorhaut entleert sich reichlich stinkender Eiter, deshalb Spaltung der Phimose; dabei zeigt sich, daß die linke Hälfte der Glans penis fehlt. Auf dem Dorsum penis ein Gang, der stinkenden Eiter entleert. Patient fiebert. Der Gang muß bis zur Symphyse gespalten werden, mehrfach müssen Gegenöffnungen gemacht werden, am 23. IV. beginnende

Heilung; Patient wird aber verwirrt, schreit nachts, läfst Stuhl ins Bett. 1. V. Seit zwei Tagen völlig fieberfrei, ist aber völlig dement, fängt dann an, mit Kot zu schmieren und wird am 16. VI. nach der Irrenanstalt Friedrichsberg verlegt.

Die Psychose mufs wohl als Erschöpfungspsychose angesehen werden.

Überblickt man diese Fälle, so ist unschwer der ungünstige Verlauf und die Schwere der Syphilis herauszulesen. Sie mahnen dazu, mit dem prognostischen Urteil bei alten Leuten vorsichtig zu sein.

Es würde weiterhin von Interesse gewesen sein, auch den Verlauf der Syphilis beim Skorbut, bei der Gicht, dem Diabetes mellitus, bei bestehender chronischer Nephritis etc. an der Hand von sorgfältig beobachteten Krankheitsfällen zu verfolgen. Durch äufsere Umstände ist es mir leider versagt, diesem Teile meines Themas gerecht zu werden. Nur auf einen Punkt möchte ich noch hinweisen, das ist *der*, dafs sich gelegentlich *bei graviden Frauen äufserst schwere Formen von Syphilis* entwickeln. Auf diesen Umstand haben übrigens seit ORY zahlreiche Autoren bereits hingewiesen.

Der folgende Fall bietet ein klinisches Beispiel derart:

Ad., 25 J., Arbeitersfrau, aufgen. 27. VIII. 87.

1884 Partus. Kind lebt. Seit dem 16. VIII. 87 mit dem Hafenarbeiter Ad. verheiratet, nachdem sie vorher 1 Monat mit ihm in wilder Ehe gelebt. Bald nach den ersten Kohabitationen will Pat. an den Geschlechtsteilen wund geworden sein. Anfangs besserten sich die Stellen durch häufiges Waschen, in den letzten 8 Tagen aber traten heftige Schmerzen und grofse Löcher an den Schamlippen auf.

Befund am 27. VIII. 87. Allgemeine Drüsenschwellung. Auf den geschwollenen und geröteten Labien, am Perineum und neben dem After etwa ein Dutzend fünfpfennig- bis markstückgrofser, teils mit zunderartig zerfallendem grauem Detritus, teils mit schmutzigweifsen, schmierigen, festanhaftenden, diptheritischen Massen bedeckter, symmetrischer Geschwüre. Dieselben sind ungemein schmerzhaft. Nymphen und Vulva intensiv gerötet.

Uterus vergröfsert, eben über der Symphyse fühlbar. Am ganzen Körper ein sparsames, blafskupferfarbenes, papulosquamöses Syphilid.

30. VIII. Sublimatsitzbäder. Aqua chlori zum Verband.

6. IX. Der Grund der Schankergeschwüre hat sich einigermafsen gereinigt; die Ränder sind aber noch immer schlaff abgesetzt und zum Teil unterminiert. Seit gestern Halsschmerzen. Auf beiden Tonsillen, besonders der rechten, diphtheritische Beläge. Die Submandibulardrüsen wenig geschwollen.

11. IX. Auf der rechten Tonsille besteht jetzt ein tiefes, schmutzig aussehendes Geschwür, das beim Schlucken heftige Schmerzen macht. An den Beinen, im Gesicht und auf dem behaarten Kopfe entwickeln sich grofse pustulöse Syphilde.

13. IX. Beginn der Schmierkur.

21. IX. Die pustulösen Syphilide vergröfsern sich beständig.

3. X. Auf dem linken Tuber parietale und links an der Unterlippe haben sich groschengrofse Rupiageschwüre entwickelt, die noch in Vergröfserung begriffen sind.

15. X. Die Geschwüre an den Schamlippen sind seit 8 Tagen geheilt. Ebenso die Tonsillen. Das Geschwür links an der Unterlippe ist jetzt reichlich markstück-

groſs und hat einen Teil des Lippensaumes zerstört. Aufserdem hat sich am linken Nasenflügel ein tiefes, kraterförmiges Geschwür gebildet, das bis auf den Nasenknorpel reicht. Ein weiteres Geschwür findet sich auf dem linken Tuber parietale. Alle diese Geschwüre haben unterminierte Ränder und sind in stetem Fortschreiten begriffen.

27. X. Die Geschwüre heilen sehr langsam.

20. XI. Die Geschwüre sind vernarbt. An der hinteren Pharynxwand etabliert sich ein (vorläufig kirschkerngroſses) flaches tertiäres Geschwür.

24. XI. Das Geschwür vergröſsert sich rapide. Es nimmt jetzt die ganze Hinterfläche der stark geschwollenen und flammend geröteten Uvula ein. Seit vorgestern erhebliche Schlingbeschwerden.

28. XI. Uvula schwillt ab.

14. XII. Hinter dem rechten Arcus pharyngopalat. sitzen immer noch nekrotische Fetzen fest. Sonst sind die Rachengeschwüre geheilt.

27. XII. Die Rachenulceration ist jetzt völlig geheilt. Kleines impetiginöses Syphilid am rechten Nasenflügel.

30. XII. Alles geheilt. Die Narben am linken Nasenflügel und an der Lippe sind keloid und steinhart. Die Schwangerschaft nimmt ihren ungestörten Verlauf. Der Fundus uteri steht 3 Querfinger breit über dem Nabel. Der Foetus lebt. Entlassen.

Glücklicherweise sind so schwere Fälle die Ausnahme.

Häufig wird man aber doch finden, daſs die Tendenz zur Heilung der Syphilis bei schwangeren Weibern eine verringerte ist. Die Schleimpapeln der Genitalien und des Mundes rezidivieren häufig. Mit Eintritt des Partus und Beginn des Puerperiums kann sich dann das Bild mit einem Schlage ändern. Die Papeln der Genitalien trocknen ein, die Rezidive hören auf und der Verlauf der Syphilis schlägt ein langsameres Tempo ein, ungefähr dem regulären Verlaufe der Krankheit entsprechend.

Immerhin sahen wir auch hier Fälle, die in dieses Schema nicht paſsten und die auch nach beendigtem Puerperium durch fortwährende Rezidive den schweren Charakter der Erkrankung dokumentierten:

1. B., Ottilie, 21 J., P. P., aufgen. 17. V. 1893.

1892. X. Bl. ur., vaginae, cervicis uteri. Intertrigo.

1893. I. Unter Sittenkontrolle gestellt, hat dann Anfang April 1893 eine aufgesprungene Oberlippe gehabt, die nicht heilen wollte.

1893. V. Geringe Anämie. Groschengroſses Initialgeschwür der Oberlippe. Indolente, wallnuſsgroſse Drüse am rechten Kieferwinkel, daneben mehrere kleinere Submentaldrüsen nicht vergröſsert. Roseola disseminata am Rumpf und oberen Extremitäten in voller Entwickelung. Genitalien ohne syphilitische Veränderungen. Bl. ur., vaginae et cervicis uteri. Schleimhaut der Vulva und Vagina aufgelockert. Verdacht auf Gravidität. 18. V. Beginn der Schmierkur.

22. V. Das Ulcus der Lippe hat sich noch nicht wesentlich geändert. Die Roseola in den letzten Tagen ungemein intensiv, masernähnlich, blaſst jetzt ab.

11. VI. Das Ulcus der Oberlippe ist mit Hinterlassung einer gering indurierten Narbe geheilt. Roseola geschwunden. Fissura ani. Fundus utri über der Symphyse fühlbar.

21. VI. Über dem After eine kleine Excision. Schleimpapel am Frenulum der Unterlippe.

8. VII. Frische Schleimpapel am After, sowie Schleimpapeln auf dem linken vorderen Gaumenbogen und am Frenulum der Unterlippe.

20. VII. Am rechten Nasenloch und auf der Oberlippe schuppende Syphilide.

29. VII. Frisches makulöses Exanthem des Rückens.

3. VIII. Annuläres Syphilid am linken Mundwinkel.

21. VIII. Alles geheilt. Das Exanthem verschwunden, die Schleimpapeln zurückgebildet.

3. IX. Neue Schleimpapel auf dem linken vorderen Gaumenbogen. Plaques lisses des Zungenrückens. Am After wieder Papeln und eine kleine Fissur.

8. IX. Papeln auf der Innenfläche beider Nymphen. Jetzt schwaches Leukoderma vorhanden.

14. IX. Neue Schleimpapel auf der Schleimhaut der Unterlippe.

9. X. Frische Schleimpapel am After.

28. X. 1893. Alles geheilt. Nach der Entbindungsanstalt verlegt.

Am 12. XII. daselbst Geburt eines lebenden Kindes. Während des Puerperiums hierselbst vom 24. XII. bis 4. II. 94 behandelt. Während dieser Zeit noch einmal eine Schleimpapel links neben der Uvula. Sonst keine Zeichen von Syphilis mehr.

1894. III. Leukoderma. Alopecie. Pap. muc. tonsillarum, linguae, ani. Ulcus nymphae dext. Ulceröse Syphilide der Fossa navicularis.

VIII. Pap. muc. nympharum et arcus palatogloss.

X. Leukoderma. Pap. muc. nymph., ani, labii inf.

XII. Pap. muc. veli palatini.

1895. III. Pap. mucos. nymphae sin. et linguae.

VI. Pap. mucos. nymphar. et tonsillarum.

VII. Pap. mucos. tonsillarum.

1899. II. Leukoderma. Alopecie. Pap. mucos. lab. pudend., ani, tonsillar., linguae.

IV. Schleimpapeln der Oberlippe.

XI. Pap. mucos. lab. pudend., der Wangenschleimhaut. Lentikuläre Papeln im Gesicht.

1887. V. Nässende Papeln in den Nympholabialfalten.

XII. Pap. mucos. der Unterlippe und Zungenspitze.

2. S., 21 J., P. P., aufgen. 28. III. 1890.

1899 vom V.—XI. 4mal im Krankenhause wegen Blennorrhoe.

1890. 29. III. Blennorrhoea urethrae Abscessus gl. Barthol sin. Krusten auf dem behaarten Kopfe. Ulcus im rechten Kieferwinkel. (Ung. cin. 6,0. Dosis XII.)

1890. 5. VII. Blennorrhoea urethrae et vag. Pap. muc. nymphae dext. Maculopapulöses Exanthem am Rumpfe. Squamöse Syphilide an den Nasenflügeln, um den Mund herum und am Kinn. Pap. muc. tonsillarum. Graviditas V Mens.

24. VIII. Wieder frische Schleimpapeln auf beiden vorderen Gaumenbögen und squamöse Syphilide im Gesicht.

6. X. Die Schleimpapeln rezidivierten fortgesetzt.

20. X. Trotz energischer Schmierkur ändern sich die syphilitischen Erscheinungen absolut nicht. Auf den Gaumenbögen sitzen pilzförmig gewucherte Schleimpapeln. Brust und Rücken sind mit einem dicht gedrängten annullären, teils makulösen, teils papulosquamösen Syphilid bedeckt. Dabei ist das Allgemeinbefinden absolut gut. Hg-Erscheinungen sind nicht vorhanden.

31. X. Beginnende Geburt. Die Schleimpapeln auf den Gaumenbögen sind noch stärker geworden, das Exanthem ist etwas abgeblaßt.

1. XI. Partus am Nachmittag $3^1/_2$ Uhr, gestern. Kind ausgetragen, lebend, mit hämorrhagisch-syphilitischem Exanthem geboren, stirbt am 2. XI. gegen Abend.

17. XI. Das Exanthem ist abgeblaßt, die Schleimpapeln am Gaumen immer noch erheblich. (Injektion von Hydrarg. salicyl.)

16. XII. Geheilt entlassen.

1891. III. Pap. muc. faucium. Roseola. Orbikuläre Syphilide im Gesicht.

V. Bl. ur. et vaginae. Pap. muc. tonsillae sin.

VII. Spezif. Ulceration am linken Nasenloch.

XI. Squamöse Syphilide am Nasenflügel.

1892. II. Pap. mucos. nympharum et commissur. post. Schuppende Papel an linken Nasenflügel, der rechten Augenbraue, am rechten Helix.

VIII. Exanthema papulo-squamosum an Rumpf und Hals. Psoriasis palmaris dextra. Corona Veneris. Leukoderma.

1894. IV. Pap. muc. apicis linguae. Leukoderma. Chlorose.

XII. Kleinpapulöses, schuppendes Exanthem am ganzen Körper. Schleimpapeln an der Zungenspitze.

1895. III. Lentikuläre, schuppende Papeln am Kreuz, Glutaeen und Trochanteren (Psoriasis vulgaris).

Es bleibt uns schliefslich noch übrig, darauf hinzuweisen, dafs soziales Elend, Mangel und Entbehrungen aller Art, dafs alles, was die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzt und geeignet ist, die Kranken in ihren Ernährungsverhältnissen zu schädigen und sie anämisch macht, die Erscheinungsformen der Syphilis schwer macht. Es ist das alles so selbstverständlich und findet durch die zahlreichen bereits mitgeteilten Krankengeschichten von Alkoholisten, lange auf der Reise befindlichen, zum Teil malariakranken Seeleuten so vielfach seine Bestätigung, dafs es unnötig erscheint, weitere Belege beizubringen. — Häufig nimmt auch die Syphilis einen scheinbar bösartigen Charakter an, wenn eine angemessene Behandlung fehlt. Solche Fälle können direkt das Bild einer Syphilis maligna vortäuschen. Erst bei genauer Untersuchung wird man finden, dafs die ulcerösen Syphilide nur spärlich verteilt sind, dafs die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden kein so ausgesprochenes ist, wie bei der Syphilis maligna, dafs das Fieber fehlt etc. Auf solche Kranke wirkt dann die angewandte Hg-Therapie mitunter geradezu zauberhaft. In kurzer Zeit sind die Kranken von allen Erscheinungen der Syphilis befreit. Ein Beispiel derart bietet der folgende Fall:

J., Hans, 26 J., Reisender, aufgen. 16. II. 1900.

1898. XII. Schanker am Penis. Infektion in Frankfurt a. M. durch eine Kellnerin. Im Februar 1899 war das Geschwür unter Behandlung mit Höllensteinätzungen ohne Schmierkur geheilt.

März und April 1899 traten vereinzelt Geschwüre auf der Stirn auf, die von selbst heilten. Im Sommer und Herbst war Pat. gesund. Im Dezember bildeten sich aber neue Geschwüre an den Genitalien, dann am Rumpfe; ärztlich behandeln liefs sich aber Pat. nicht. Bisher keine Schmierkur. Gew. 65 kg.

Dürftig genährter, blasser, mittelgrofser Mann.

Fünfpfennigstückgrofse livide, flach vertiefte Narbe dorsal auf der Glans penis nahe dem Sulcus retroglandul: halbkreisförmig umgreift dieselbe ein ulceröses Syphilid, welches den Sulcus retrogland. und das Innenblatt der Vorhaut einnimmt. Der Grund des Geschwürs ist induriert; es entsteht dadurch das Bild des Tarnowskyschen Schankers.

Vereinzelte bohnengroſse, zum Teil ulcerierte Schleimpapeln auf dem Scrotum. Geringe Verdickung des linken Nebenhodens.

Leistenlymphdrüsen nicht geschwollen. Starke Cubital- und Cervicaldrüsenschwellung. An der Aufsenseite des linken Oberschenkels befinden sich 3 ca. markstückgroſse ulceröse Syphilide mit vernarbendem Centrum und ringförmiger Ausbreitung in der Peripherie. Auf der linken Schulter ein ebensolches Ulcus; 6 kleinere, zum Teil in Heilung befindliche auf dem rechten Schulterblatt, ein wieder markstückgroſses in der Lendengegend rechts. An der Aufsenseite des rechten Oberschenkels ein gröſseres und zwei kleinere Ulcera. Erbsengroſse kupferfarbene Infiltrate beiderseits in den Ellenbogenbeugen. Vereinzelte mattbraune Narben auf Stirn und Rücken. Harn ohne Alb. und ohne Saccharum.

12. III. Unter einem Traitement mixte sind die ulcerösen Syphilide abgeheilt mit Hinterlassung peripher pigmentierter Narben. Zahnfleisch noch etwas geschwollen, nirgends ulceriert. Kein Leukoderma.

Die Lymphdrüsenschwellung ist zurückgegangen. Entlassen.

Natürlich ist es für den Verlauf der Syphilis gänzlich irrelevant, aus welchem Grunde die Behandlung unterbleibt, ob soziale Not keine ärztliche Hilfe gewährt, ob die Indolenz der Kranken dazu führt, oder ob eine falsche Diagnose den Grund zu einer verkehrten Behandlung abgiebt.

Brandis[27] hat vor kurzem darauf hingewiesen, dafs speziell bei Ärzten die Syphilis einen schweren Verlauf nehmen kann. Hier dürfte der wahre Grund in einer Reihe von Fällen sicher der sein, dafs z. B. der bestehende Fingerschanker als langdauernde Paronychie oder als Panaritium behandelt wird und die wahre Natur des Leidens dem Kranken entgeht, bis die auftretenden Allgemeinerscheinungen plötzlich über den wahren Sachverhalt Licht verbreiten.

Wir schliefsen hiermit die Untersuchungen über die Syphilis gravis ab.

Überblicken wir noch einmal die Zahl der durchmusterten Krankheitsfälle, so erscheint uns der chronische Alkoholismus als der gefährlichste Begleiter der Syphilis; die Phthise wird dem syphiliskranken Individuum wohl durch die Schwere der Syphilis, aber mehr noch durch gelegentlich rasches Vorwärtsschreiten der Lungenerkrankung in der Sekundärperiode verhängnisvoll. Malaria, Tropenanämie bedingen einen schweren Verlauf der Syphilis, vollends wenn die letztere in tropischen Gegenden von anderen Rassen übertragen wird. Das Greisenalter ist besonders gefährdet, gelegentlich auch die in der Schwangerschaft befindliche Frau.

Von all diesen erschwerenden Umständen hat aber keiner die Syphilis maligna oder die Syphilis gravis zur regelmäfsigen Folge. Sowohl beim Alkoholisten, als beim Greise, beim Phthisiker, wie beim Malariakranken kann die Syphilis gelegentlich leicht verlaufen

---

[27] Über Syphilis gravis bei Ärzten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. XXIV.

und keinen Unterschied von dem gewöhnlichen Ablauf der Erscheinungen erkennen lassen. Woran liegt das? Und woran liegt es, dafs es Fälle maligner Syphilis giebt, bei denen die sorgfältig erhobene Anamnese und die genaueste Untersuchung keinen Grund für die Schwere der Erkrankung erkennen lassen?

Selbstverständlich haben wir es in den oben aufgezählten Momenten mit nichts weiter als disponierenden Ursachen für die Schwere der Erkrankung zu thun. Im allgemeinen bewirkt z. B. der Alkoholgenufs einen schweren Verlauf der Syphilis; der letztere ist aber von so viel Faktoren abhängig, von der physiologischen und chemischen Konstitution des Individuums, dem Geschlecht und Alter, der Menge und Art der genossenen Spirituosen etc., dafs sich daraus die wechselnden Bilder hinreichend erklären.

Was wir gewonnen haben mit der Erörterung der einzelnen Kategorien, sind klinische Bilder, in deren Pathogenese wir zum Teil einen Blick thun konnten. Die Ätiologie blieb völlig unberührt.

Sind wir nun in der Lage, auf die zu Anfang unserer Untersuchung aufgeworfene Frage: weshalb nimmt die Syphilis unter Umständen einen so schweren Verlauf? eine Antwort zu geben?

Man kann an die Beantwortung der Frage herangehen auch ohne die Kenntnis des Syphiliskontagiums. Bedarf doch beispielsweise auch die Frage, warum die Tuberkulose der Lungen bisweilen als galoppierende Form verläuft, einer gesonderten Untersuchung und ist nicht ohne weiteres durch die Kenntnis des Tuberkelbacillus gelöst.

Wenn wir sehen, dafs eine Infektionskrankheit besonders schwer verläuft, so liegt a) entweder eine sehr hohe Virulenz des Infektionsträgers vor, oder b) das Individuum ist in seiner Widerstandsfähigkeit gegen das infizierende Agens besonders herabgesetzt, oder c) es können sich a und b vereinigen: ein hochvirulenter Keim infiziert einen widerstandslosen Körper. Andere Möglichkeiten liegen nicht vor. Die thatsächlichen Beobachtungen erlauben nicht die Annahme, dafs ein besonders hoher Virulenzgrad des Syphiliskontagiums die Schwere der Erkrankung bedinge.

Man sollte annehmen, dafs dann das Vorkommen der Syphilis maligna viel häufiger beobachtet werde, als es thatsächlich geschieht, und dafs Fälle maligner Syphilis bei der Übertragung auf ein anderes Individuum wieder maligne Formen erzeugen. Das ist aber absolut nicht der Fall. Fälle, die von maligner Syphilis abstammen, können leicht verlaufen, wie andererseits Ansteckungen, die von einer leicht verlaufenden Syphilis erfolgten, die schwersten Erscheinungen verursachen können. Als ein Beispiel derart diene das folgende:

Der 54j. Arbeiter H. infiziert sich Mitte Dezember 1894 bei einer Puella, deren Syphilis keinen anomalen Verlauf zeigte. Etwas nach Weihnachten tritt bei H. ein Geschwür am Penis auf. Anfang Januar bereits ein Ausschlag am ganzen Körper.

Bei der Aufnahme am 23. I. 1895 besteht Phimose infolge Sklerödem. Die Präputialöffnung ist von einem hufeisenförmigen gangränösen Geschwür umgeben. Dorsaler Lymphstrang und indolente Bubonen. Schleimpapeln am Scrotum und After. Zerstreut stehende pustulöse Syphilide bedecken Rumpf und Extremitäten, besonders dicht stehen sie an beiden Unterschenkeln und sind mit blutigem Schorfe bedeckt. Iritis sin. Ulcerierte Schleimpapeln auf beiden Tonsillen.

Am 31. I. hat sich im oberen inneren Quadranten des linken Auges ein erbsengroſses Gumma der Sclera entwickelt. Es bestehen aufserdem Synechien zwischen Iris und Linsenkapsel und Trübung des vorderen Kammerwassers.

Am 6. II. hat sich der Tumor abgeflacht.

24. II. Die Syphilide des Rumpfes heilen ab.

14. III. Pat. hat sich im Bereiche der linken Augenbraue mit den Nägeln wundgekratzt. Die Kratzstellen wandeln sich in ulceröse Syphilide um.

23. III. geheilt entlassen. Während des Sommers weiter ambulant mit Injektionen behandelt.

Im Dezember 1895 kommt Pat. wieder mit einem tiefen ulcerösen Syphilid im Sulcus retroglandularis.

Pat. infizierte nun seine Ehefrau. Etwa Weihnachten 94 letzte Cohabitation. Am 14. II. 1895 kommt die 48jährige Frau zur Aufnahme. Es handelt sich um eine abgemagerte, dekrepide aussehende Person von 92 Pfund Körpergewicht. Bei ihr finden sich an beiden Beinen, sowie im Nacken sparsame, diskrete, kleinpustulöse Syphilide. Auf der Bauchhaut vereinzelte schuppende Papeln, auf dem behaarten Kopfe Krusten und Borken. Schleimpapeln an den groſsen Labien. Mundhöhle frei. Am 24. III. wird Pat. mit 95 Pfund Körpergewicht entlassen.

Hier haben wir also einen Fall vor uns, in dem der von einer P. P. infizierte Mann sehr schwer erkrankt, während sowohl bei der Puella, wie bei der später infizierten Frau die Syphilis leicht verläuft.

Daſs die Menge des inokulierten Infektionsstoffes und die Gröſse des Schankergeschwüres ohne Einfluſs auf den weiteren Verlauf der Syphilis sind, ist eine sicher konstatierte Thatsache.

Es bleibt uns daher von den oben erwogenen Möglichkeiten nur die eine Annahme übrig, daſs die Ursache der schweren Erkrankung von Syphilis im Individuum selbst gesucht werden muſs.

Nach unseren Untersuchungen hätten wir anzunehmen, daſs durch die aufgezählten disponierenden Ursachen, durch den Alkoholismus, die Phthise etc., durch das Greisenalter und die Schwangerschaft unter Umständen Änderungen derart im Organismus vor sich gehen, daſs die Kranken mehr oder minder in der Konstitution denjenigen Individuen ähnlich oder gleich werden, die per se eine so geringe Widerstandsfähigkeit der Syphilis gegenüber darbieten. Eine scharfe Grenze zwischen den einzelnen Erscheinungsformen der Syphilis existiert nicht.

Es lassen sich nun folgende Gruppen unterscheiden;

1. Manche Individuen sind von vornherein für die Syphilis hochempfänglich, bei ihnen verläuft die Syphilis maligne. 2. Andere sind widerstandsfähiger, das ist das Gros; bei ihnen nimmt die Syphilis den

sozusagen normalen Verlauf. 3. Einige — das müssen wir hier hinzufügen — sind wahrscheinlich vollkommen immun. Ich meine hier Puellen, die trotz der aufserordentlichen Gefahr der Infektion niemals syphilitisch wurden (vergl. TARNOWSKY, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896, II. S. 441 u. flgd).

Mit dem Hinweis, dafs die Konstitution des Individuums von ausschlaggebender Bedeutung sei, pflichten wir den Anschauungen von LESSER, NEISSER, HASLUND etc. bei. Sie erklären sich das Vorkommen vereinzelter Fälle von Syphilis maligna so, dafs sie sagen,[28] „man kann sich denken, dafs bei einem Individuum, welches maligne Syphilis bekommt, in den vorhergegangenen Generationen nie oder in einem weit zurückliegenden Gliede ein Fall von Syphilis vorgekommen sei. Das Geschlecht war dadurch von der Krankheit unberührt, es war, wenn ich so sagen darf, nicht „vacciniert" worden, und jetzt, nachdem das Individuum infiziert worden, bricht die Krankheit mit aller Kraft auf dem „jungfräulichen" Terrain aus, ganz ebenso wie man es sieht bei einer ganzen Bevölkerung an einem entlegenen Orte der Welt, wo Syphilis vorher nie übergeführt war."

Diese Theorie kann niemals verifiziert werden; denn wir werden voraussichtlich auch in Zukunft niemals in der Lage sein, bei einem Falle maligner Syphilis mit mathematischer Sicherheit den Nachweis zu erbringen, dafs Vater, Grofsvater und Urgrofsvater, Mutter, Grofsmutter etc. niemals syphilitisch waren.

Gewifs ist die Anschauung richtig, dafs im Laufe der Jahrhunderte der allgemeine Charakter der Syphilis sich geändert hat. Wir finden uns unseren jetzigen Beobachtungen entsprechend nicht mehr berechtigt, von der grande vérole zu sprechen.

Wenn wir aber die Sache so auffassen, dafs mehr und mehr Geschlechter „vacciniert" werden, wie HASLUND sagt, und deshalb die Syphilis leicht verläuft, so müssen wir auch die Konsequenzen ziehen und annehmen, dafs die Syphilis um so leichter verläuft, je besser die Individuen vacciniert sind, d. h. mit anderen Worten: hereditäre syphilitische Individuen oder überhaupt von syphilitischen Eltern abstammende Personen dürften, wenn sie von neuem Syphilis acquirieren, nur sehr leichte Formen bekommen.

Das scheint nach meinen Erfahrungen nicht zu stimmen. Vor einigen Jahren behandelte ich ein Mädchen mit typischen Zeichen hereditärer Syphilis, vor allem ausgesprochener Sattelnase. Das Mädchen hatte von neuem Syphilis erworben und bot an Sekundärerscheinungen, Schleimpapeln, Exanthem durchaus das gewöhnliche Verhalten.

Mir ist ferner ein Fall bekannt geworden, wo der Sohn eines früher

[28] HASLUND, S. 363.

syphilitischen Mannes, der an Endart. syph. cerebri zu Grunde ging, das Unglück hatte, einen Fingerschanker zu erwerben. Er machte eine schwere Syphilis durch und litt zuletzt an einem ulcerösen Mastdarmsyphilid, das operativ entfernt werden mufste.

Vollends sollte bei Reinfektionen der Verlauf der zweiten Erkrankung stets leichter sein, als der der ersten. Das ist aber durchaus nicht immer der Fall, wie die Beobachtungen von HUTCHINSON, MRAČEK, TAYLOR, FITZGIBBON etc. (conf. NEISSER, Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis? *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 44. S. 435) erweisen, wonach gerade häufig schwere maligne Syphilis bei Reinfektionen beobachtet wurde, möglicherweise beruhend auf der nach der ersten Infektion zurückgebliebenen Gewebsschädigung (HUTCHINSON).

Und drittens: Nach den Ausführungen von HASLUND, wonach durch Generationen sich die Empfänglichkeit im allgemeinen abgeschwächt hat, bez. in einigen wenigen Generationen syphilisfreier Individuen die Empfänglichkeit in hohem Grade erhalten blieb, mufs man annehmen, dafs ein Zustand erhöhter Empfänglichkeit bereits angeboren vorkommen könne. Wie stimmt mit dieser Annahme der stets leichte Verlauf der Syphilis bei Kindern? Warum beobachten wir bei diesen niemals Syphilis maligna?

Ich führe diese Punkte an, weil sie Bedenken erregen müssen, ob die Vaccinationstheorie zu Recht besteht. Denn das eine scheint mir zweifellos zu sein, dafs es nicht angängig ist, die leichteren Formen der Syphilis, die wir heute beobachten, allein auf Rechnung der gröfseren Durchseuchung und der dadurch gewonnenen Immunität zu setzen.[29]

Für den Charakter der Erkrankung sind andere Faktoren gleichzeitig mit von bestimmendem Einflufs: hygienische Verhältnisse, Erwerbsverhältnisse, sozialer Wohlstand.

Wir können das deutlich daraus ersehen, wie zeitweilig in den verschiedensten Gegenden Europas die Syphilis endemisch gehaust und bei ärmlicher Bevölkerung, in Kriegszeiten etc. bösartig geherrscht hat. Ich erinnere an die Sibbens in Schottland, das jütländische Syphiloid, die Ditmarsische Krankheit, an die Skerljevo des kroatisch-dalmatinischen Küstengebietes.

Daneben beeinflussen andere Momente Charakter und Verlauf der Syphilis, deren Ursache wir nicht zu präcisieren vermögen. Es ist bekannt, dafs die Isländer, die Grönländer, die südafrikanischen Neger so gut wie

[29] Vergl. auch NEISSER S. 442 (*Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 44): „Das Dogma von der gleichsam regelmäfsig erreichten Immunität durch eine einmalige Syphiliserkrankung ist nicht ohne weiteres auf Treu und Glauben hinzunehmen, sondern bedarf erneuter Prüfung.“ — S. 447: „Von wirklich ererbter, klinisch beobachteter dauernder Immunität gegen Syphilis, erzeugt durch Syphilis und Immunität der Eltern, wissen wir nichts.“

immun sein sollen, während andererseits die Polynesier hochempfänglich zu sein scheinen. Was die Asiaten betrifft, so möchte ich nur auf die Mitteilungen von Rasch (Über das Klima und die Krankheiten im Königreich Siam. *Virchows Archiv.* 1895. Bd. 150) verweisen, wonach bei den Siamesen der Primaraffekt sich auffallend schnell (am 4.—5. Tage) p. coit. entwickelt, fast ausnahmslos in der Form eines phagedänischen Schankers, der zunächst eine grofse Neigung zur Ausbreitung in die Tiefe zeigt, nach gründlicher Reinigung aber schnell heilt. 8—14 Tage nach dem Erscheinen des Primäraffekts schwellen die Inguinaldrüsen an und werden erbsengrofs. Es kommt in den meisten Fällen zur Vereiterung, in anderen bilden sich die Entzündungserscheinungen zurück und es kommt zur Induration. Die Allgemeinerscheinungen bestehen in Drüsenschwellungen, Roseola und vor allem in sehr ausgeprägten Gelenkschmerzen. Die letzteren bestehen oft mit Exacerbationen und Remissionen während mehrerer Jahre weiter. Hautsyphilide sind sehr viel seltener als in Europa; sehr selten sah Verf. Lues des Centralnervensystems.

Auch die Syphilis der Japaner zeigt Abweichungen von dem bei uns gewöhnlichen Verlaufe. Scheube verdanke ich die Angabe, dafs die Syphilis im allgemeinen nicht schwerer als bei uns verläuft. Von wirklicher Syphilis maligna sah er nur einige Fälle. Maculopapulöse Syphilide sieht man wegen Pigmentierung der Haut bei Japanern viel seltener als bei uns. Impetiginöse Exantheme dagegen häufig. Viel häufiger als bei uns sind Knochen- und Gelenkschmerzen in sekundärem Stadium. Das Charakteristische der japanischen Syphilis ist, dafs sie sehr frühzeitig ins tertiäre Stadium übergeht, wie man übrigens auch in anderen warmen Ländern (Sumatra) beobachtet."

Es geht aus dem Angeführten hervor, dafs wir in die Pathogenese der syphilitischen Erscheinungsformen nur zum Teil einen Einblick gewonnen haben. Im speziellen haben wir den verschlimmernden Einfluſs gleichzeitig bestehender anderer krankhafter Zustände kennen gelernt, im allgemeinen die Bedeutung hygienischer und sozialer Einflüsse.

Wenden wir unseren Blick noch einmal auf die zu Beginn unserer Untersuchungen besprochenen Fälle maligner Syphilis, so kommt bei 4 chronischer Alkoholismus, bei 5 (+ 3?) tropisch acquirierte Syphilis in Betracht, wozu sich noch ein westindischer Neger P. gesellen würde, der sich in Rangoon infiziert hatte. In einem Fall (H.) war wahrscheinlich das Alter (51 Jahre) von Einfluſs auf den Verlauf der Syphilis. 4 mal (Schu., S., W., P.) konnte irgend ein Grund für den schweren Verlauf der Krankheit nicht aufgefunden werden.

Es bleibt aber immer noch ein grofser Rest ungelöster Fragen.

Den Versuch, eine andere Erklärung für die Ursache der malignen Syphilis zu geben, möchte ich nicht unternehmen. Derselbe erscheint so

lange aussichtslos, als wir in die Pathogenese der einzelnen Erscheinungsformen keinen tieferen Einblick zu gewinnen im stande sind. Vielleicht dringen wir überhaupt nicht eher zu einem vollen Verständnis durch, bis wir über die Natur des Syphiliskontagiums klar unterrichtet sind. Denkbar wäre es ja, dafs den verschiedenen Graden der Empfänglichkeit bei Rassen und Einzelindividuen chemische Differenzen des Blutes und der Gewebsflüssigkeiten entsprächen,[30] wie das für eine Reihe bakterieller Krankheiten erwiesen ist.

Aber das ist doch nur eine Vermutung.

Darüber müssen wir uns völlig klar sein, dafs es mit der heutigen bakteriologischen Technik nicht gelingt, den Syphiliserreger nachzuweisen und zu kultivieren. Wir stehen der Syphilis mit derselben Unkenntnis gegenüber, wie einer grofsen Reihe anderer exanthematischer Krankheiten, wie z. B. der Variola (und Vaccine). Auch da kennen wir die Krankheitserreger nicht; aber wir haben da einen festen Boden für weitere exakte und vor allem experimentelle Arbeiten.[31]

Das eine können wir mit Sicherheit sagen, dafs wir über das Wesen der Immunität bei der Syphilis nichts wissen und dafs wir — so lehrreich und interessant solche Vergleiche auch sind — nicht berechtigt sind, die Vorstellungen, die wir aus dem Studium der bakteriellen Krankheitsprozesse geschöpft haben, ohne weiteres und unterschiedslos auf die exanthematischen Krankheiten und speziell die Syphilis zu übertragen. Auch mit dem Ausspruche Jadassohns (*Handb. der prakt. Med.*), dafs in den Fällen von Syphilis maligna eine Idiosynkrasie[32] des Organismus gegen das Syphilisgift bestehe, ist eine befriedigende Erklärung nicht gegeben.

(Schlufs folgt.)

---

[30] Die Kenntnis derartiger chemischer Differenzen müfste uns bei allen Infektionskrankheiten einen bedeutenden Einblick in die Pathogenese gewähren und uns verstehen lehren, warum z. B. bei Erkrankungen aus derselben Infektionsquelle — die anatomische Integrität des Organismus vorausgesetzt — derselbe Prozefs einmal leicht und das andere Mal schwer verläuft.

[31] Man findet vielfach die Auffassung vertreten, dafs in den ersten Stadien der Verlauf der Syphilis dem der exanthematischen Krankheiten entspricht, während der weitere gummöse Verlauf mehr dem des Rotz und der Tuberkulose gleicht. Besonders der letztere Umstand hat immer wieder dazu geführt, die Syphilis als Bakterienkrankheit aufzufassen. Dem ist entgegenzuhalten, dafs, wie es unter den Bakterien neben Arten, die ein kurzlebiges Dasein führen (Influenzabacillus, Pneumococcus etc.), solche von unbegrenzter Lebensdauer und pathogener Wirkung (Tuberkelbacillus, Rotz) giebt, auch auf der anderen Seite nach dem allgemein biologischen Verhalten Krankheitserreger denkbar sind, die einerseits akut verlaufende Exantheme, andererseits chronische Krankheitszustände hervorrufen (Variola — Syphilis).

[32] Ein Ausdruck, den schon Ph. Ricord gebraucht. Vergl. Traité de la Syphilis, par Hunter, annoté par Ricord, Paris 1845, p. 567, mit Bezug auf die verschiedenen Formen der syphilitischen Exantheme: „elles ne tenaient jamais à une différence dans la nature du virus . . . . . mais bien aux conditions idiosyncrasiques du sujet“ etc.

Aus der Praxis.

Eine neue Form des Merkurialexanthems (squamöses, annuläres Merkurialexanthem).

Von

Dr. Leonhard Leven-Elberteld.

In den letzten Jahren hatte ich Gelegenheit, im Anschluſs an eine antisyphilitische Schmier- resp. Spritzkur ein eigenartiges Exanthem auftreten zu sehen, dessen Natur mir zunächst noch keineswegs klar war. Kurze Zeit nach Beendigung der betreffenden Kur — etwa 8—14 Tage postea — traten an den Fingern, den Zehen, weniger an der Flachhand und Fuſssohle kreisförmige oder ovale bis zehnpfennigstückgroſse Herde auf, bei welchen an den befallenen Hautpartien die obersten Schichten der Epidermis fehlten, ohne daſs jedoch ein Nässen vorhanden war. Prädestiniert waren die Seitenränder der Finger und Zehen, es fehlte jegliche entzündliche Rötung sowie jegliche Infiltration, das Centrum eines jeden derartigen Herdes war glatt, an den Rändern schuppte sich die Epidermis in leichtem Grade ab; auch an der Peripherie zeigte sich keine Spur von Infiltration. Es traten allmählich eine gröſsere Anzahl solcher Herde auf, welche ein Bild darboten, als wenn man durch Reibung die oberste Hautschicht in kreisförmiger oder ovaler Form entfernt, jedoch, wie schon gesagt, ohne daſs die entblöſste Stelle näſst. Auſser einem leichten Jucken fehlten subjektive Erscheinungen ganz.

Es war mir zunächst nicht klar, ob ich es bei dem beschriebenen Exanthem mit einer syphilitischen Affektion zu thun hatte oder nicht, es lag ja nahe, an eine Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica zu denken. Was zunächst gegen eine solche Annahme sprach, war das Auftreten direkt im Anschluſs an eine Kur, weiterhin der differentiell-diagnostische Unterschied von den unter der obigen Bezeichnung bekannten syphilitischen Manifestationen in der Hand, den Fingern und den entsprechenden Fuſspartien. Dieser Unterschied beruhte:

1. auf der Lokalisation. Während sich die von mir beobachteten Stellen hauptsächlich auf dem Hand- und Fuſsrücken und an den Seitenrändern der Finger zeigten, finden sich die auf Syphilis beruhenden Herde gerade mit Vorliebe in der Vola manus resp. der Planta pedis und auf den Volar- resp. Plantarflächen der Finger und Zehen;

2. auf dem Fehlen jeder entzündlichen Rötung, jeder tiefergreifenden Infiltration und dem leichten Wechsel der Herde, welche bald hier, bald dort auftraten, während die syphilitischen Stellen zunächst rötlich sind,

allmählich eine deutliche Infiltration erkennen lassen, stationär bleiben und sich auch nach ihrer Abheilung infolge spezifischer Therapie noch häufig durch Zurücklassung brauner oder rötlicher Flecken kennzeichnen;

3. auf dem Mifserfolg einer antisyphilitischen Behandlung. Ich liefs, um sicher zu gehen, in dem ersten Falle, welchen ich beobachtete, den Patienten nach einigen Wochen nochmals eine Schmierkur vornehmen. Der Erfolg war ein durchaus negativer, das Exanthem blieb in derselben Weise bestehen, auch Jodkalium zeigte keine Einwirkung, und die Herde verschwanden erst nach langer Zeit unter indifferenter Behandlung.

War ich mir hierbei über den Charakter der Affektion noch nicht völlig im klaren, so drängte mir eine weitere Beobachtung den Gedanken auf, dafs es sich um eine Dermatose handeln müsse, welche mit der Ausscheidung des Hg zusammenhängt. In diesem Falle zeigte sich dasselbe Exanthem direkt im Anschlufs an eine prophylaktische Kur, und zwar an eine Injektionskur; es handelte sich um einen Patienten, welcher schon seit langer Zeit keinerlei Erscheinungen von Syphilis mehr gezeigt hatte und dem ich nur der beabsichtigten Verlobung halber zu einer nochmaligen Kur geraten hatte. Das gleichartige Auftreten des beschriebenen Exanthems im Anschlufs an eine Kur berechtigt meines Erachtens besonders in Berücksichtigung des Umstandes, dafs im zweiten Falle seit langem keinerlei syphilitische Symptome mehr vorgelegen hatten und in welchem auch selbstverständlich keine sonstige Hautaffektion vorhanden war, zu dem Schlusse, dafs das Exanthem mit der Hg-Elimination in Verbindung steht. Ich möchte noch bemerken, dafs das Exanthem nicht etwa auf die direkte Einwirkung der verwendeten Salbe zurückzuführen ist, was ja aus dem zweiten Falle hervorgeht, in welchem eine Injektionskur vorgenommen worden war.

Merkurialexantheme sind in grofser Zahl beschrieben worden, und um in kurzen Worten die Hauptformen zu erwähnen, so unterscheiden wir:

1. die auf direkte Einwirkung der Salbe resp. des Hg auf die Haut zurückzuführenden Affektionen;

2. Exantheme, welche auch bei Injektions- oder interner Behandlung auftreten.

In die erste Gruppe würden gehören:

a) die bekannte, so häufig auftretende Merkurialfollikulitis oder Merkurialakne;

b) das Merkurialekzem, welches „ganz nach Art der übrigen artefiziellen Ekzeme von einem Punkte ausgehend mit lebhafter diffuser Rötung, starker ödematöser Schwellung, Eruption von Knötchen und oft von zahlreichen Pusteln sich über grofse Körperstrecken, oft den ganzen Körper ausbreitet und dabei gewöhnlich eine symmetrische Anordnung zeigt. Dem Abheilungsprozefs

dieser Ekzeme ist eine starke lamellöse Epidermisdesquamation eigentümlich, besonders an Händen und Füfsen wird die Hornschicht in so zusammenhängenden Lamellen abgestofsen, dafs man einen ganzen Finger von abgestorbener Hornschicht, ja manchmal einen förmlichen Handschuh abziehen kann." (LESSER, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.)

Zur zweiten Gruppe gehört:

a) das in Form eines skarlatinösen Erythems auftretende Ekzem, „welches nach 8—10 Tagen, oft erst später reichlich abschuppt". (JOSEPH, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten);

b) urtikariaähnliche, bei Schmier- und Injektionskuren beobachtete Exantheme;

c) Zoster femoralis (von TOUTON im Anschlufs an eine Injektion beobachtet).

In die zweite Gruppe würde das von mir beobachtete Exanthem zu rechnen sein. Von dem in Form eines skarlatinösen Erythems auftretenden unterscheidet es sich, wie ich noch hervorheben möchte, dadurch, dafs eine Rötung der affizierten Partien nicht vorhanden ist, sowie durch seine lange Dauer. Während das Erythema scarlatiniforme sich in zwei bis drei Wochen verliert, sehen wir bei dem annullären Exanthem einen Verlauf chronischer Art, der sich über Monate erstreckt.

Weitere Folgen hinterläfst das Exanthem nicht, allmählich lassen, wohl konform der Ausscheidung des Hg, die Eruptionen nach, und der Ausschlag schwindet schliefslich ganz. Der Grund, welcher mich bewogen hat, das Exanthem zu erwähnen, liegt nicht darin, dafs es der Heilung irgendwelche Schwierigkeiten bereitet oder Folgen hinterläfst, sondern nur, zu betonen, dafs es nicht auf Syphilis, sondern auf der Hg-Elimination beruht und um darauf aufmerksam zu machen, dafs in solchen Fällen durch eine Hg-Kur eine Beseitigung des Ausschlags nicht erzielt wird, da es sich nicht um syphilitische Manifestationen handelt.

Anmerkung während der Korrektur:

Unterdessen hatte ich Gelegenheit, einen dritten Fall desselben Exanthems zu beobachten; in diesem ist dasselbe vier Wochen nach Beendigung einer Schmierkur aufgetreten, der Patient hatte im Beginne derselben keinerlei Hautaffektionen. Lokalisiert war das Exanthem in typischer Weise am Handrücken und den Fingerrändern, die Füfse waren frei; die Form war nicht ganz so regelmäfsig annullär resp. oval wie in den beiden ersten Fällen, das allgemeine Aussehen der einzelnen Herde dasselbe. Subjektiv wurde mir von dem Patienten angegeben, er habe an den befallenen Stellen besonders im Beginn ein Gefühl empfunden, als ob dieselben verbrannt seien.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 55. Heft 3. 1901.

I. **Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria,** von Bettmann-Heidelberg. Die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa zeichnet sich, abgesehen von der Blasenbildung, noch durch das Hinzutreten von Hautatrophien. Horncystenbildungen und Nagelverkümmerung aus.

Verfasser teilt die Krankengeschichte dreier Brüder mit, die sämtlich dieselbe dystrophische Form der Epidermolysis bullosa aufwiesen, während die Eltern und drei andere Geschwister der Patienten gesund waren. Von Interesse ist, dafs die drei erkrankten Brüder die einzigen rothaarigen Individuen in der Familie sind.

Fall 1 betrifft einen 17jährigen Patienten, der im Alter von 12 Jahren angeblich ohne sichtbare Veranlassung an den Händen Blasen mit hellem, bisweilen auch schwärzlich-dunklem Inhalte bekam. Dieselben erreichten namentlich an den Handrücken innerhalb weniger Stunden Thalergröfse. Ein Teil der Blasen platzt rasch, die meisten trocknen nach einigen Tagen ein; einzelne Blasen zeigen einen eiterigen Inhalt. An den Füfsen besteht ein ähnlicher Zustand. Häufig entstehen Blasen auf Stofs, Druck oder durch Reibung, beispielsweise am Halse, wo der Kragen reibt. Manche Körperteile sind stets frei geblieben. Auf der Zunge und der Wangenschleimhaut treten häufig Bläschen, namentlich unmittelbar nach den Mahlzeiten auf. An den Händen, Vorderarmen und im Gesicht zeigt der Patient zahlreiche, sommersprossenähnliche, aber dunklere Pigmentierungen, die mit den glattglänzenden, weifsen, narbig-atrophischen Hautstellen lebhaft an das Bild des Xeroderma pigmentosum erinnern.

Sämtliche Nägel an den Fingern und Zehen sind defekt, brüchig, abgenagt, verkrümmt und aufgeblättert. Der Nagel des rechten Zeigefingers und der dritten linken Zehe fehlt vollständig.

In der Mundhöhle fällt die ausgedehnte Leukoplakie der Wangenschleimhaut auf.

Die inneren Organe und das Nervensystem sind intakt.

Die beiden Brüder des Patienten sind mehr oder minder in ähnlicher Weise befallen. Bei dem einen fehlen sämtliche Nägel an den Zehen.

Die Behandlung erwies sich der Blasenbildung gegenüber machtlos. Am besten that den Patienten leichtes Einfetten der Haut.

Die experimentellen Versuche, welche Verfasser durch die künstliche Provokation von Blasen anstellte, brachten ihm die Überzeugung bei, dafs man bei dem Leiden eine primäre Lockerung in der Haut, sei es zwischen verschiedenen Schichten des Stratum corneum oder zwischen diesem und dem Rete, annehmen müsse.

Der Blaseninhalt reagierte alkalisch, enthielt im Gegensatz zu Colombinis Befunden nur eine geringe Anzahl von eosinophilen Zellen. Die bakteriologische Untersuchung auf Mikroorganismen ergab ein negatives Resultat.

In histologischer Beziehung bieten die Befunde nichts neues. Jedoch verlegt Verfasser die Entstehung der Blasen in das Rete mucosum. Von einer primären Lostrennung der Epidermis in toto vom Papillarkörper konnte er sich nicht überzeugen.

Was die Ätiologie betrifft, so wird man eine ererbte Disposition nicht ganz

ausschliefsen können, da die Mutter der Patienten an einem atrophierenden Hautprozesse litt, der sich in seinen wesentlichen Erscheinungen bei den Kindern wiederholte, wenngleich bei jener die Neigung zur Blasenbildung nicht bestanden hat.

II. **Impetigo herpetiformis beim Manne**, von GUNSETT - Strafsburg. Der 33jährige Patient wurde in sehr schwerem Zustande in die Klinik gebracht. Vor vier Wochen begann die Krankheit mit Schüttelfrost und hohem Fieber. Gleichzeitig stellten sich auf der Haut des Rückens und auf der Mundschleimhaut kleine Eiterpustelchen ein. Dabei bestanden Schlingbeschwerden, die den Patienten hinderten, Nahrung zu sich zu nehmen und in Verbindung mit dem anhaltend hohen Fieber den Kranken rasch herunterbrachten. Im weiteren Verlaufe breitete sich die Affektion auf das Skrotum und Penis, später auf die Haut des Gesichts und der Brust, Arme und Oberschenkel aus. Die Stimme des Patienten war vollständig aphonisch. Hier und da trockneten einzelne Pusteln ein, während an deren Rändern neue emporschossen.

Die Ernährung des Kranken wird zunächst per rectum, später unter Kokainisierung der Mundhöhle per os durchgeführt. Innerlich bekam der Patient anfangs Phenacetin, das jedoch fast ohne Wirkung blieb; nach weiteren 14 Tagen täglich 1 g Chinin. Der Zustand besserte sich sehr langsam, aber stetig; die Schübe von neuen Pusteln wurden seltener und hörten schliefslich auf, die alten Efflorescenzen waren zuletzt unter innerlichen Gaben von Natrium aceticum, 12 g pro die sämtlich eingetrocknet, die Krusten mit Hinterlassung gelb pigmentierter glatter Stellen abgefallen. Nirgends war eine Spur von Narbenbildung zu sehen.

Verfasser stellt im folgenden die Krankengeschichten von zehn in der Litteratur publizierten Fällen zusammen, die seit DUBREUILHS Zusammenstellung von 17 Fällen zur Beobachtung gelangt sind. Unter den 28 bisher beschriebenen Fällen betrafen 19 gravide Frauen, 1 nicht gravide, 1 Wöchnerin und 8 Männer.

Verfasser bespricht eingehend die Diagnose der Impetigo herpetiformis und verlangt für dieselbe die von KAPOSI aufgestellten Postulate:

1. miliare, primär als solche auftauchende, oberflächliche, d. i. Epidermoidalpustelchen;

2. dieselben erscheinen durchweg, d. i. während des ganzen Verlaufs und an jeder Eruptionsstelle in der gleichen Form und Weise;

3. sie sind stets in Gruppen und Haufen geordnet;

4. dieselben Efflorescenzen erscheinen in Nachschüben an der Randpartie eines älteren konfluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- und mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Zentrum sofort oder nach kurzer Zeit des Nässens Überhäutung, niemals Ulceration und Narbenbildung stattfindet.

Nach den Beobachtungen des Verfassers sind für die Diagnose drei Charakteristiken noch von Wichtigkeit, nämlich: das Auftreten der Schübe unter Schüttelfrost, der remittierende Fieberverlauf, der schlechte Allgemeinzustand.

Aus der Kasuistik geht hervor, dafs man nicht mehr berechtigt ist, die Impetigo herpetiformis als eine Schwangerschaftserkrankung anzusehen. Die Gravidität bildet höchstens, allerdings in der Mehrzahl der Fälle, ein begünstigendes Moment.

An der Hand der einschlägigen Litteratur erörtert Verfasser eingehend die Differentialdiagnose.

Die Mortalität der publizierten Fälle beträgt 52,7 %.

III. **Über einige Indikationen zur Erneuerung der antisyphilitischen Behandlung**, von JACOB HALPERN - Warschau. Verfasser ist auf Grund eigener Beobachtungen und mancher in der Litteratur beschriebener Fälle zu der Überzeugung

gelangt, dafs während der Latenzperiode der Syphilis in vielen Fällen pathologische Erscheinungen auftreten, die nicht direkt syphilitischer Natur sind, sich aber doch durch eine antisyphilitische Kur günstig beeinflussen lassen und damit einen gewissen Zusammenhang zwischen ihnen und der Syphilis manifestieren. Sie deuten zuweilen den Beginn eines Syphilisrecidivs in irgend einem Organe an, zuweilen folgen sie dem Recidiv nach. Die häufigsten dieser interkurrenten Erscheinungen sind verschiedene Formen von Seborrhoe, Ekzem, Hyperidrosis, Follikulitis und manche mit Fieber einhergehende Leiden. Mehrere vom Verfasser mitgeteilte Fälle weisen darauf hin, dafs das syphilitische Virus in der Latenzperiode sich nicht völlig passiv verhält, und dafs, wo es unter dem Deckmantel nicht syphilitischer Erscheinungen sich äufsert, dann der Zeitpunkt für die Erneuerung einer antisyphilitischen Kur gekommen ist.

IV. **Die Pityriasis rubra (Hebra)**, von Josef Sellei-Budapest. Der Verfasser definiert zunächst den Begriff der Krankheit, bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die Symptomatologie, die Nomenklatur und die Differentialdiagnose der Pityriasis rubra (Hebra) und teilt sodann die Krankengeschichte eines Falles mit, der eine 42jährige, verheiratete, mit Kindern reich gesegnete Frau betraf. Vor einem Jahre begann nach den Angaben der Patientin die Affektion mit Knoten und kleinen Blasen an den Füfsen und intensivem Jucken, das sie zwang die Efflorescenzen oft aufzukratzen. Später wurden in ähnlicher Weise nach einander befallen der Rücken, die Hände, die Brust und das Gesicht. Innerhalb von zwei Monaten hatte sich das Leiden über den ganzen Körper ausgedehnt.

Gegenwärtig sieht die Hautoberfläche intensiv rot aus, ist jedoch nicht infiltriert, sondern zeigt ein glattes, glänzend atrophisches Aussehen und fühlt sich trocken und gespannt an, wenn sie nicht mit Salbe eingerieben wird. Wenn die Patientin sich nur einen Tag nicht badet, ist ihr Körper voll mit weifsen, silberfarbigen, lamellenartigen Schuppen, wobei sie von Jucken sehr geplagt wird.

Verfasser hat die Patientin drei Jahre hindurch bis zu ihrem Tode beobachtet. Das Krankheitsbild hat während dieser Zeit keine wesentlichen Schwankungen erfahren. Die Hautatrophie nahm mehr und mehr zu, mit ihr entstanden Risse und Rhagaden. Gleichzeitig magerte die Patientin stetig ab und fröstelte fortwährend. Im letzten Jahre fielen ihr die Haare aus; es stellte sich Diarrhoe, Erbrechen ein und unter den Symptomen des allgemeinen Marasmus erfolgte der Exitus letalis. Die Lymphdrüsen waren nirgends vergröfsert.

Die histologische Untersuchung der senilen Haut, ferner der Haut von Pruritus senilis und Pityriasis rubra hat den Verfasser zu der Überzeugung gebracht, dafs, wie Unna schon von der senilen Haut angenommen hat, auch der Pruritus senilis und das Jucken bei Pytiriasis rubra durch degenerative Zustände des Elastins, des Collagens, sowie des Collacins und Collastins bedingt sei.

Verfasser resumiert seine Untersuchungen folgendermafsen:

„Die Pityriasis rubra ist ein progressiver, mit wesentlicher Degeneration der Cutis verbundener Krankheitsprozefs, der in seinem histologischen Verhalten (Elacin, Collacin) viel Ähnlichkeit mit dem bei Pruritus senilis bezw. den bei der senilen Cutis auftretenden Degenerationsprozessen zeigt."

V. **Beiträge zur Pathologie der Lues**, von Boegehold-Berlin. Der Verfasser zieht aus seinen Ausführungen und Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. „In einer allerdings beschränkten Anzahl von Fällen tritt nach einer Injektion mit Produkten der sekundären Syphilis (z. B. Condylomata lata) innerhalb weniger Tage post coitum ein weiches Geschwür auf, welches weich bleibt, nach etwa 14 Tagen unter einer geeigneten Behandlung (Umschläge mit Cuprum sulfuricum etc.) heilt und doch von allgemeiner Lues gefolgt wird. (Hierher sind auch diejenigen

Beobachtungen zu rechnen, bei welchen der an sekundärer und tertiärer Syphilis leidende Patient jede ihm bekannte Infektion resp. Geschwürsbildung in Abrede stellt, und bei denen eine Narbe an den Genitalien etc. selbst bei der genauesten Untersuchung sich nicht vorfindet.)

2. In einer gröfseren Anzahl von Fällen entwickelt sich nach der Infektion mit Produkten der sekundären Syphilis resp. mit zerfallenden primären Indurationen, wobei das gleichzeitige Vorhandensein eines Ulcus molle mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, innerhalb weniger Tage ein weiches Geschwür, welches nach 14 Tagen bis zu 3 Wochen induriert und von allgemeiner Lues gefolgt ist (das Ulcus mixtum der Dualisten).

3. Das 3—4 Wochen post infectionem sich zeigende Ulcus tritt immer als Sklerose auf und ist immer von allgemeiner Lues gefolgt."

VI. **Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands,** von R. Matzenauer-Wien. (Schlufs.) Der Verfasser teilt die histologischen und bakteriologischen Befunde mit und schliefst mit folgendem Resumé:

„Der Hospitalbrand ist keine seit der antiseptischen Aera ausgestorbene Erkrankung, sondern kommt auch heutzutage in sporadischen Fällen vor, wenngleich dank der allgemein geübten Antisepsis in meist nur leichteren Erscheinungsformen. Relativ am häufigsten kommen hospitalbrandige Geschwüre in der Genital- und Analregion zur Beobachtung. Die Geschwüre zeichnen sich durch ihr Aussehen, Form und Gröfse, durch ihre rapide Progredienz und hohe Destruktionskraft aus; sie charakterisieren sich insbesondere durch die Auflagerung eines schmutzig grauen, graugrünlichen bis schwärzlichen Belages von variabler, manchmal mehrere Centimeter Dicke; der Belag ist pastös, gelatinös, schlammartig oder zunderartig zerfallen, gleicht einem Schorf mit einer ätzenden Säure; rund um den Geschwürsrand ist ein schmaler hellroter Entzündungshof. Die Geschwüre verbreiten einen penetrant fauligen Geruch. Gleichzeitig bestehen zumeist Fiebererscheinungen.

Die sogenannten „diphtheritischen" und die sogenannten „phagedänischen" Geschwüre, welche beide schlechthin auch als „gangränöse" Geschwüre bezeichnet werden, sind zur Nosocomialgangrän zu rechnen und repräsentieren deren sogenannte „pulpöse" und „ulceröse" Form. Ob die Gangrän in der pulpös-diphtheritischen oder in der ulcerös-phagedänischen Form erscheint, hängt hauptsächlich von der Lokalisation ab und beruht auf den anatomischen Verhältnissen des betroffenen Gewebes.

Histologisch charakterisiert sich die Krankheit als ein Entzündungsprozefs, der frühzeitig zur Coagulationsnekrose des Gewebes führt. Der Hospitalbrand ist eine Infektionskrankheit, bedingt aller Wahrscheinlichkeit nach durch einen (anaeroben) Bacillus, dessen Reinkultur allerdings nicht einwandsfrei gelungen ist, der jedoch konstant und meist in reichlichen Mengen in Gewebsschnitten von progredienten Geschwüren nachweisbar ist. Der Bacillus ist schlank, geradlinig oder manchmal leicht geschwungen, 3—4 μ lang und 0,3—0,4 μ breit; er liegt zumeist einzeln, zuweilen zu zweit der Länge nach an einander gegliedert; seine Enden sind meist leicht abgerundet; er färbt sich nach Gramscher Methode.

Die Infektionsfähigkeit des Hospitalbrands ist keine so hochgradige, dafs eine strenge Isolierung der Kranken notwendig wäre. Die künstliche Übertragung auf Menschen oder Tiere gelingt nicht leicht und nur unter besonderen Cautelen."

VII. **Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis,** von Carl Grouven-Bonn. (Schlufs.) Der Verfasser bespricht die Ätiologie des Pemphigus, die immer noch dunkel ist, zumal es bisher nicht gelungen ist, eine bakterielle oder toxische oder neuropathische Ursache festzustellen. Weiter wird die

Diagnose und Differentialdiagnose sehr eingehend erörtert, sodann die Krankengeschichte eines Falles von Pemphigus vegetans mitgeteilt.

Was die Prognose betrifft, so kann man es als günstiges Zeichen ansehen, wenn nur spärliche, prall gefüllte, rasch abheilende Blasen, ungestörtes Allgemeinbefinden, guter Kräftezustand vorhanden, die Schleimhäute frei sind und Temperaturschwankungen fehlen.

In therapeutischer Beziehung hat man auf der Bonner dermatologischen Klinik in einigen Fällen einen günstigen Einfluſs des Arsens und Eisens (Sol. arsenic. Fowleri 10, Tinct. ferri pomata 40,0, 3 mal täglich 15—30 Tropfen) beobachtet. Ferner hat Natrium salicylicum 3 mal täglich 1 g längere Zeit hindurch genommen gut gewirkt. In den meisten Fällen wird die Behandlung eine symptomatische, auf die Linderung der Beschwerden, insbesondere des Juckens, gerichtete sein. Als hervorragendes juckstillendes Mittel hat sich, ebenso wie bei der Dermatitis herpetiformis die Pinselung mit Liquor lithantricis acetonica (Sack) bewährt.

Nach jeder Richtung hin üben prolongierte, warme Bäder einen wohlthätigen Einfluſs aus.

Bei leichteren, spärlichen Blaseneruptionen genügt Anstechen der Blasen und ein austrocknender Puderverband. Bei ausgedehnten Epithelverlusten kommen feuchte Verbände bezw. Umschläge mit desinficierenden oder leicht adstringierenden Lösungen (Acid. salicyl. 1‰, Acid. boric. 3%, Alumin. acetic. 1%) zur Anwendung.

Der Pemphigus der Mundschleimhaut ist am besten mit desinficierendem Mundwasser zu behandeln, wobei sich das Hydrogenium peroxydatum (5%ig) gut bewährt hat.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band VIII. Heft 2. 1901.

I. **Zur Ätiologie des Lupus erythematosus CAZENAVE**, von Franz v. Poór-Budapest. Verfasser erörtert eingehend an der Hand der einschlägigen Litteratur, inwieweit die Ansicht des tuberkulösen Ursprunges des Lupus erythematosus gerechtfertigt oder nicht gerechtfertigt sei. Die Anhänger dieser Ansicht führen als Argumente für den ätiologischen Zusammenhang des Lupus erythematosus mit der Tuberkulose an:

1. Der Lupus erythematosus kommt meistens bei tuberkulös Erkrankten oder bei solchen vor, in deren Familie die Tuberkulose nachweisbar ist.

2. Der Lupus erythematosus zeigt gewöhnlich auf Kochsche Tuberkulininjektion allgemeine, sowie lokale Reaktion.

3. Im histologischen Bilde des Lupus erythematosus kommen häufig auch Riesenzellen vor.

4. Zwischen dem Lupus erythematosus und dem zweifellos tuberkulösen Lupus vulgaris existieren Übergangsformen, und öfters fand man tuberkulöse Herde beim Lupus erythematosus (Lupus erythematoides Leloir).

Der Verfasser widerlegt, gestützt auf seine Erfahrungen, seine Untersuchungen und eine beträchtliche Zahl von Krankengeschichten, diese Argumente.

Unter den zwölf mitgeteilten Fällen ist der Lupus erythematosus direkt mit Tuberkulose kombiniert niemals aufgetreten, bei neun war nicht einmal im weitesten Sinne eine tuberkulöse Belastung vorhanden. Von Interesse ist, daſs die meisten dieser Patienten in ihrer Berufsbeschäftigung starken Hitzeeinwirkungen und raschem Temperaturwechsel ausgesetzt waren, eine Wahrnehmung, die auch Malcolm Morris, Hutchinson, Jadassohn bei einem Teile ihrer Fälle gemacht haben. M. Möller er-

wähnt als Ursache den Sonnenschein und betont, daſs die meisten Fälle von Lupus im Sommer auftreten.

Verfasser gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Ätiologie des Lupus erythematosus Cazenave kann bisher weder auf die durch die Kochschen Bacillen verursachte direkte Tuberkulosisinfektion, noch auf die durch die Fernwirkung des Bacillenproduktes (der Toxine) hervorgebrachte Intoxikation zurückgeführt werden.

2. Wahrscheinlich ist der Lupus erythematosus Cazenave keine einheitliche Ätiologie besitzende Hauterkrankung, sondern wird durch verschiedenartige und verschiedengradige periphere und zentrale Reize an der verschieden reagierenden Haut der Individuen hervorgebracht.

II. **Behandlung der Syphilis mit spezifischem Serum**, von Eduard Moore-Santiago (Chile). Verfasser ist seit sieben Jahren damit beschäftigt, mittelst eines geheilten Luetikern entnommenen spezifischen Serums eine rationelle Behandlung der Syphilis zu finden. Sowohl in der Privat- wie in der Hospitalpraxis hat Verfasser nach dieser Richtung hin Versuche angestellt. Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bildete die Erwägung, daſs das Kind eines syphilitischen Vaters mit luetischen Erscheinungen geboren und von seiner Mutter gestillt werden kann, ohne letztere anzustecken. Während eine fremde, gesunde Amme sofort durch Plaques muqueuses an den Lippen des Kindes infiziert würde, bleibt die Mutter nicht nur frei von der Ansteckung durch ihr Kind, sondern auch immun gegen die Übertragung aus irgend einer anderen Quelle. Die Frage, auf welchem Wege die Mutter gegen die Syphilis und deren Toxine geimpft worden sei, beantwortet Verfasser folgendermaſsen: „In dem Grade, wie sich das Produkt der Befruchtung entwickelt, wird die Mutter langsam mit den löslichen Produkten beschickt, welche in ihr Blut gelangen und sie derart syphilisieren, daſs dieses lösliche Antitoxin (oder die Lymphe) verhindert, daſs in der Mutter die Mikroorganismusmen der Lues entstehen können, und dies in dem Maſse, wie sie die Toxine der Syphilis erzeugen. Demnach muſs die Amnionflüssigkeit, die in Berührung mit der Mutter und mit dem Fötus steht, diejenigen löslichen Produkte enthalten, welche eine Impfung erzeugen und „syphilisieren“. Sie müssen durch Endosmose absorbiert werden und in die Zirkulation der Mutter eindringen. Diese Flüssigkeit müſste in hohem Grade das geeignete Moment bilden, um irgend einen gesunden Organismus zu syphilisieren.“

Diese Theorie wurde durch die Versuche des Verfassers bestätigt.

Die erste der mitgeteilten Krankengeschichten betraf eine 60jährige, an inoperablem Uteruskrebs leidende Frau, die am ersten Tage des Experiments eine Injektion von einem Gramm spezifischen Serums, d. h. einer mit gleichen 5 %iger Karbollösung gemischten Amnionflüssigkeit einer tertiär-syphilitischen Frau erhielt. Am nächsten Tage wurde die gleiche Quantität eingespritzt, aber mit 1 %igem Karbolwasser gemischt. Die nächsten Injektionen wurden gradatim immer weniger verdünnt, und schlieſslich reines Serum, nämlich die Amnionflüssigkeit eingeimpft. Die Dosis der Injektionen war bis auf 10 ccm verstärkt worden. Nach einiger Zeit wurde der Patientin das Blutplasma einer tertiär-syphilitischen Person, später die Plaques muqueuses einer sekundär-syphilitischen Person, endlich auch infektiöser harter Schanker eingeimpft. Die Patientin bekam keinerlei luetische Erscheinungen, keine Induration, keine geschwollenen Drüsen. Im Gegenteil, unter der ausgezeichneten Verpflegung und vielleicht auch durch Suggestion hob sich der Allgemeinzustand der Krebskranken, ohne daſs selbstverständlich das Leiden selbst in seinem Endresultat beeinfluſst werden konnte. Die Patientin lebte noch sechs Monate.

In den weiteren vom Verfasser mitgeteilten Fällen handelt es sich zumeist um

Patienten mit indurierten, vielfach auch ulcerierten Primäraffekten, die unter der lokalen Applikation des spezifischen Serums schneller, als bei irgend einer anderen Behandlungsmethode abheilten. Dasselbe geschah auch mit ulcerierten sekundär- oder tertiär-syphilitischen Läsionen. Auch die die Initialsklerosen begleitenden Drüsenschwellungen gingen unter den dreimal täglich applizierten Serumkompressen rascher zurück als dies bei der Quecksilber- oder Jodbehandlung der Fall zu sein pflegte. Später bediente sich Verfasser eines weniger mühsam zu erhaltenden Serums, dessen Darstellung er folgendermafsen beschreibt: „Man läfst ein Zugpflaster nach Alobspeyre auf irgend einer Körperstelle eines möglichst gut genährten Patienten mit einer alten Syphilis 12—14 Stunden hindurch liegen, um ein Exsudat zu erhalten, das weder entzündlich noch hämorrhagisch ist und welches 100—200, bisweilen aber auch nur 10 ccm Serum giebt. Die Applikation des Pflasters ist nach vorheriger gründlicher Reinigung der Hautstelle vorzunehmen. Zur Gewinnung und Aufbewahrung des Serums bedarf es dann nur noch eines durch Kochen sterilisierten Trichters, einiger ebenso steril gemachter Glasröhren, Koch- und Kolbenflaschen. Die durch das Zugpflaster entstandene grofse Blase wird mit einer Scheere geöffnet. Die der Epidermis beraubte Hautstelle wird mit einer milden Salbe und Watte bedeckt und mit einer Binde verbunden.

Eine Anzahl von Syphilispatienten wurde mit Injektionen eines derartig erhaltenen Serums behandelt. Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Fieber, Nachtschweifse sind zumeist die Begleiterscheinungen dieser Behandlungsmethode. Zuweilen tritt auch noch ein fleckenartiger Ausschlag auf, der eine Roseola vortäuscht. (NB. Man wird zugeben, dafs eine derartige Methode mit solchen, durchaus nicht unbedenklichen Begleiterscheinungen, die der Verfasser selbst als „septische“ auffafst, in die Syphilistherapie sich wohl schwerlich Eingang verschaffen wird, wenn sie nicht mehr erreicht, als lediglich Ulcera dura zum Vernarben, Indurationen und Syphilissymptome etwas rascher zum Schwinden zu bringen. Der ideale Endzweck der Methode sollte doch die Immunisierung der Patienten sein. Leider erfahren wir aber aus den zahlreichen Krankengeschichten viel zu wenig darüber, in welchem Grade durch die Serumapplikationen und Seruminjektionen die damit behandelten Kranken vor dem Ausbruch der Sekundärerscheinungen oder weiterer Recidive geschützt worden sind. Eine Serumtherapie, die nicht eine mehr oder minder komplete Immunität der Patienten erreicht, wird die Quecksilber- und Jodbehandlung der Syphilis niemals verdrängen. Ref.)

III. **Diplococcus albus im Blute Syphilitischer,** von Johannes Paulsen-Hamburg. Verfasser bediente sich bei seinen Untersuchungen folgender Methode: „Die Hautstelle, an welcher die Blutentziehung stattfinden soll, wird in mit Terpentinspiritus getauchter Watte abgerieben, gut abgeseift, dann mit einer Kalium permanganicum-Lösung (1 : 1000) abgewaschen und mit steriler, in dieselbe Lösung getauchter Watte bedeckt. Hierauf wird mit steriler Lanzette, nachdem man die Watte vorher ein wenig gelüftet hat, ein Einschnitt gemacht, und das hervorquellende Blut in eine sterilisierte Pasteursche Pipette aufgesaugt. Mit dem Blute werden bereit stehende Gelatineplatten und Röhren mit Schrägagar, Bouillon und Kartoffeln beschickt; zugleich werden aus einem Tropfen Blut einige mikroskopische Präparate angefertigt und frisch untersucht.

Als Material dienten zwei Fälle von Initialsklerose und zwei mit Sekundärerscheinungen.

Es fanden sich in den aus dem Blute der Initialsklerosen und der anderen Fälle angelegten Kulturen vor:

1. Diplococcus albus in allen Fällen und bei jeder Untersuchung.

2. Diplococcus flavus in zwei Fällen.

3. Diplococcus ruber in einem Falle bei drei Untersuchungen.

4. Staphylococcus pyogenes aureus et albus, Rosahefe, Mesentericus vulgatus und ein Oidium in je einem Falle.

Verfasser glaubt nicht, dafs die letzteren Mikroorganismen mit der Syphilis etwas zu thun haben. Dagegen findet er die konstante Anwesenheit des weifsen Diplococcus und des von ihm nur durch eine geringe Farbennuancierung unterschiedenen und wahrscheinlich ihm identischen gelben Diplococcus in zwei Fällen auffallend. Ob dieselben in ätiologischem Zusammenhange mit der Syphilis stehen, müssen weitere Untersuchungen feststellen. Der gefundene Diplococcus albus und flavus des Verfassers hat manche Ähnlichkeit mit einzelnen Diplokokken, die VAN NIESSEN bei seinen Untersuchungen beobachtet hat. (Vergl. dessen *Beiträge zur Syphilisforschung*. I, Tafel 1, Fig. 3.) Abgesehen jedoch von den Gröfsenunterschieden in den VAN NIESSENschen Mikroorganismen gegenüber der stets konstanten Gröfse der Diplokokken des Verfassers, bleiben die letzteren auf jedem Nährboden monomorph, während der Streptobacillus VAN NIESSENS eine grofse Polymorphie zeigt.

Für die Anlegung von Kulturen fand Verfasser am zweckmäfsigsten die Kartoffelröhrchen, die man mit dem Blute beschickt, ruhig 3—4 Wochen bei Zimmertemperatur aufheben und dann untersuchen kann.

IV. **Ein Fall von Scharlach und Pemphigus**, von E. VOLLMER-Bad Kreuznach. Ein 20jähriges, sehr bleichsüchtiges Fräulein, das drei Wochen zuvor in ein Pensionat gekommen war, erkrankte hier mit vier anderen Damen an Scharlach. Sie wurde mit den übrigen Patientinnen in ein Isolierhaus gelegt. Nach drei Wochen schien sie geheilt und durfte aufstehen, fühlte sich aber noch sehr schwach. Drei Tage später entwickelte sich ein neuer Ausschlag am Halse, gleichzeitig stellten sich Blasen am Kinn, später an den Armen, schliefslich am ganzen Körper ein. Dieselben waren stecknadelkopf- bis hühnereigrofs, prall elastisch, safsen auf diffusrotem Grunde und enthielten eine wasserklare oder schwach blutig-tingierte Flüssigkeit. Eiter war nirgends zu erblicken. Der Ausschlag verbreitete auch keinen üblen Geruch.

Der Verfasser ordnete, nachdem andere Mittel nur wenig genützt hatten, das permanente Wasserbad an, das tagsüber trotz der grofsen Schwäche der Patientin durchgeführt wurde. Nachts wurde die Kranke eingepudert oder eingesalbt. Durch dieses Verfahren trat Stillstand in der Entwickelung neuer Blasen ein; die Epitheldefekte heilten zu; die Hämorrhagien hörten auf. Die Patientin machte dann ununterbrochene Fortschritte in der Besserung bis zu ihrer vollständigen Wiederherstellung.

Verfasser hält es für zweifellos, dafs der Pemphigus in dem vorliegenden Falle durch den Scharlach ausgelöst worden und vielleicht durch Retention von Scharlachgift oder durch die Disposition der Patientin an Stelle der gewöhnlichen trockenen Desquamation aufgetreten sei.

V. **Über die Bedeutung und den praktischen Wert der Luesbehandlung in Kurorten**, von E. MORGENSTERN-Tölz (Wiesbaden). Der Verfasser resumiert seine Ansichten über den Wert der Luesbehandlung in Kurorten mit folgenden Worten: „Der wahre Wert all dieser Kurorte“ — (der Schwefel-Jod- und Kochsalzquellen) — „beruht, abgesehen von den günstigen Vorbedingungen für eine strengere Beaufsichtigung des Patienten und bequemere Durchführung der spezifischen Kur, auf der Wirkung ihrer Gesamtfaktoren, der den Stoffwechsel mächtig anregenden Bäder, der diuretisch wirkenden Trinkkuren, der sonstigen zur Verwendung kommenden balneotherapeutischen Methoden, der herangezogenen diätetischen Kurmittel und Roborantien, sowie endlich der aus dem Klimawechsel und den klimatischen Faktoren des Kurortes resultierenden hygienischen Vorzüge.“ *C. Berliner-Aachen.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Band I. Heft 2.

I. 1. **Gangraena cutis hysterica,** von Ribalkin. Bei einem 17jährigen zweifellos Hysterischen (Hemianästhesie etc.) entwickelte sich drei Wochen nach einer Verätzung des Vorderarms mit Schwefelsäure ohne andere sichtbare Ursache unweit der verätzten Stelle eine Hautgangrän, die schub- und herdweise vor sich ging. Der erste Schub war schmerzhaft, der zweite und dritte, die erst nach 10, bezw. nach 17 Tagen kamen, schmerzlos. Auf Grund allgemeiner Erwägungen und der Besonderheiten des klinischen Bildes, spricht sich der Verfasser unter Verwerfung der Simulation oder der Syringomyelie, bestimmt für die neurotisch-hysterische Entstehungsart der Gangrän aus, entstanden auf traumatisch-chemischer Basis.

2. **Ein Fall von Lepra,** von Schtschokin. Ausführlicher Befund eines Falles von gemischter Lepra. Hervorzuheben ist, dafs sich in den Strichpräparaten des Nasenschleims Bacillenglöen, in dem Blutausstrich vereinzelte Bacillen sowohl wie Glöen, in den Hautschnitten dagegen nur kleinzellige Infiltrate mit Bindegewebsveränderungen gefunden haben. Auf die Beteiligung des Centralnervensystems konnte aus den gesteigerten Sehnenreflexen, dem Clonus und der Empfindlichkeit der Wirbel geschlossen werden.

3. **Ein Fall von Lepra,** von L. Fuchs. Die Krankheit fing vor drei Jahren mit pemphigoid-nodulären Eruptionen an. Die peripheren Nerven scheinen nicht beteiligt zu sein. Die bakteriologische Untersuchung des Nasenschleims und des Blutes fiel positiv aus. Bemerkenswert war der Rückgang der Lepraknoten nach 15 Sublimatinjektionen (0,0025 pro dosi).

II. 1. **Ein Fall von phagedänischer Ecthyma (gangränöser Pseudoschanker),** von N. Moskalew. Einer von den diagnostisch-schwierigen Fällen, wo mit Phagedänismus (Staphylococcia syphilitica Tarnowsky) komplizierte tertiär-syphilitische Ulceration der Glans einen Primäraffekt simulierte. Patient war, wie immer in solchen Fällen, in seiner Ernährung heruntergekommen und konnte neben einer spezifischen Schmier- und Injektionsbehandlung nur mit Elektro-photo-hydro-Therapie ein durchschlagender Heilerfolg erreicht werden.

2. **Über die Syphilisüberimpfung auf junge Schweine,** von Goljachowsky. Verfasser unternahm in der Klinik von Prof. Selenew einige Versuche, um die von Hügel, Holzhausen und Adrian in Strafsburg gewonnenen positiven Resultate einer Prüfung zu unterziehen. Das Ergebnis weicht in vielen wesentlichen Punkten ab. Vor allem wurden Hautexantheme vermifst.

3. **Die Veränderungen der Schilddrüse bei Syphilitikern während der zweiten Inkubations- und der Eruptionszeit,** von A. Poltawzew. (Schlufs aus No. 1.) Auf Grund von 35 Beobachtungen und eines Falles von Colloidstruma kann Verfasser die schon von anderen Autoren registrierte Thatsache bestätigen, dafs die Thyreoidea an syphilitischen Prozessen wesentlich beteiligt sei, wie aus der Vergröfserung und Entartung derselben zu schliefsen ist. Ein syphilitischer Kropf käme immerhin in den ersten Stadien nur vereinzelt vor.

4. **Die Blutveränderungen in der Spätperiode der Syphilis,** von M. Smirjagin. (Schlufs aus No. 1.) Bei Hereditären, Gummösen und Latent-Syphilitischen fand Verfasser die Zahl der roten Blutkörperchen normal, nach der Behandlung sogar vermehrt. Auch die Leukocyten sind bei Unbehandelten in normaler, bei kürzlich Behandelten in verminderter Anzahl. Dagegen ist die Hämaglobinmenge vor der Behandlung bedeutend unter der Norm, zeigt aber eine Tendenz zum Steigen unter spezifischer Behandlung. Auch andere Blutelemente zeigen gewisse konstante Verhältnisse.

III. 1. **Blennorrhoisches Fieber**, von J. Selenew. 16 eigene Beobachtungen. Verfasser führt das Fieber, welches ephemer, kontinuierlich, remittierend und intermittierend sein kann, auf den Übertritt der Gonokokkentherapie ins Blut zurück. Schwere Erscheinungen in der Art der typhösen, kommen auch vor. Bezeichnend für das Fieber ist, dafs das Sekret keineswegs bei Hyperthermie nachläfst, sondern mitunter sogar stärker auftritt. *Sack-Heidelberg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1901. Heft 3.

1. **Resektion des Nebenhodens und Anastomose des Vas deferens mit dem Corpus Highmori**, von Scaduto-Rom. Sanfelice und Griffini haben einige Zeit nach partiellen Resektionen des Hodens das entstandene Narbengewebe von neugebildeten Kanälchen durchsetzt gefunden, die anscheinend Spermatoblasten enthielten, und neuerdings hat Fabrini nach transversalen Sektionen der Epididymis die Entstehung einer Kommunikation zwischen den getrennten Samenkanälchen unter Bildung cystischer, mit Epithel ausgekleideter Erweiterungen beobachtet. Diese Befunde haben den Verfasser auf den Gedanken gebracht, nach Resektion des Nebenhodens eine Verbindung des Vas deferens mit dem Corpus Highmori herzustellen, um dadurch womöglich die Funktion und Sekretion des Hodens zu erhalten. Ähnliches wurde bisher nur von Bardenheuer in einem einzigen Falle am Hunde und zwar mit negativem Erfolge versucht. — Der Verfasser hält die nach Durchschneidung des Vas deferens eintretende Atrophie und Sklerose des Hodens für eine Folge der Störung der Blutzirkulation und studierte deshalb zunächst die Blutversorgung des Hodens und Nebenhodens an Hunden und am Menschen aufs eingehendste. Unter spezieller Berücksichtigung der gefundenen Arterienanordnung gelang es ihm, in mehreren Fällen an Hunden nach partieller oder totaler Resektion der Epididymis durch Verbindung des Vas deferens mit dem Corpus Highmori Atrophie und Sklerose des Hodens hintanzustellen. Nach seinen mikroskopischen Befunden soll in diesen Fällen die anatomische Struktur der Hodenkanälchen vollkommen erhalten geblieben sein. In einem Falle liefsen sich durch Gelatineinjektionen vom Vas deferens aus die Hodenkanälchen füllen; es mufs in diesem Falle, in dem auch die von Fabrini beschriebenen cystischen Gebilde zu sehen waren, sei es durch allmäliche Verdünnung und schliefsliche Durchbrechung des Narbengewebes, sei es durch Neubildung von Samenkanälchen eine sekundäre Kommunikation zwischen Vas deferens und den Hodenkanälchen eingetreten sein. — Wenn sich das Verfahren bei der Anwendung am Menschen bewährt, so wird es nicht nur bei der operativen Behandlung der Nebenhodentuberkulose mit Erfolg zu verwenden sein, sondern insbesondere auch bei den zahlreichen Fällen von Sterilität, die durch Residuen einer blennorrhoischen Epididymis, Infiltrate und Verdickungen der Nebenhoden verursacht sind.

Hinsichtlich der ausführlich geschilderten Operationstechnik mufs auf das Original verwiesen werden.

2. **Priapismus chronicus nocturnus**, von A. Raïchline-Paris. Der chronische nächtliche Priapismus ist eine genitale Neurose, charakterisiert durch das regelmäfsige Auftreten zahlreicher langdauernder Erektionen während des tiefen Schlafes in der Nacht. Die von unangenehmen Empfindungen oder auch von Schmerzen begleiteten Erektionen werden nicht durch erotische Träume oder Gedanken hervorgerufen und sind nie von Pollutionen gefolgt; sie wiederholen sich in jeder Nacht mehrere Male und bewirken so eine fortdauernde Störung des Schlafes. Durch Coitus wird die Erektion nicht zum Verschwinden gebracht. Der Verfasser hat selbst drei Fälle von

Priapismus chronicus nocturnus beobachtet. Alle drei Fälle bestanden schon seit mehreren (5—8) Jahren, betrafen Neurastheniker im Alter von 38—45 Jahren und trotzten jeder Behandlung. Bei zweien der Patienten setzten die Anfälle während interkurrenter, fieberhafter Erkrankungen aus, um nach Beendigung derselben sofort wieder in der alten Weise aufzutreten. Die Ursache des Priapismus war in einem Falle wiederholte starke Reizung und Verwundung der Harnröhrenschleimhaut durch intensive, instrumentelle Behandlung einer Striktur, im zweiten Falle eine Irritation des Lendenmarks, die anschliefsend an einen akuten Gelenkrheumatismus aufgetreten war, im dritten Falle endlich ebenfalls eine spinale Reizung, die durch allzu zahlreiche prolongierte kalte Sitzbäder hervorgerufen war. — Ganz analoger chronischer Priapismus kommt, wie zwei ebenfalls mitgeteilte Fälle beweisen, auch im Frühstadium der Tabes, also durch eine organische Erkrankung des Rückenmarks verursacht, vor. Dafs die Affektion zu allermeist die Folge sexueller Excesse sei (daher Priapismus chronicus amatorius), wie die wenigen diesen Gegenstand behandelnden Autoren behaupten, bestreitet der Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen. Jedenfalls bewirkt das krankmachende Moment eine permanente Erregung des spinalen Erektionszentrums; diese Erregung manifestiert sich deshalb nur in der Nacht während des tiefen Schlafes, weil da der Einfluſs des im Gehirn gelegenen Hemmungszentrums auf das Erektionszentrum wegfällt. — Die Prognose ist wenigstens in schweren Fällen ungünstig, die Theorie ziemlich aussichtslos. In allen Fällen wird man Nervina und Narkotika, bezw. Hypnotika verabreichen und hydrotherapeutische Prozeduren, Galvanisierung der Wirbelsäule und Applikation ableitender Mittel auf dieselbe versuchen. In verzweifelten Fällen, die schwere Störungen des Allgemeinbefindens verursachen, müfste man daran denken, durch einen chirurgischen Eingriff definitive Impotenz herbeizuführen. Die einzelnen Anfälle werden bekämpft durch Muskelanstrengungen, kalte oder warme Umschläge, gymnastische Übungen u. dergl.

3. **Die Blasenhernie mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese,** von R. Alessandri. (Heft 1—3.) In seiner ausführlichen Arbeit bespricht der Verfasser unter Anführung der gesamten Litteratur über Blasenhernien die einzelnen Arten derselben, ihre Ätiologie und Pathogenese, Diagnose und Behandlung. Bezüglich der Entstehung der Blasenbrüche kommt er unter Berücksichtigung eigener klinischer Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen an Leichen, sowie durch kritische Beobachtungen aller von den verschiedenen Autoren aufgestellten Theorien zu dem Schlusse, dafs es eine einheitliche Ätiologie für alle Arten von Blasenhernien nicht giebt. Die extraperitonealen Blasenbrüche, also diejenigen Brüche die ausschliefslich aus dem vom Peritoneum nicht bedeckten Teile der Blase bestehen, sind stets primäre Hernien; sie finden sich nicht allzu selten als inguinale, zuweilen auch als doppelseitige inguinale Cystocelen. Für das Zustandekommen dieser Art sind Ausdehnung und Schlaffheit der Blasenwände und Verminderung des Wiederstandes der Bauchwand die wichtigsten Faktoren. Fettansammlung, besonders in Form eines Lipoms, kann die Entstehung einer extragenitalen Blasenhernie begünstigen, hat aber sicher nicht die ausschlaggebende Bedeutung, die ihr manche Autoren zusprechen; übrigens fehlt in vielen Fällen die Fettschicht vollständig. Von ätiologischer Bedeutung für die Entstehung dieser Art von Brüchen sind ferner die kongenitalen Divertikel und noch mehr die erworbenen Formveränderungen der Blase, die durch Krankheit der Prostata und der Urethra verursacht sind. Die Wirkung aller dieser Faktoren wird unterstützt durch die Bildung partieller Adhäsionen der Blasenwand. Die paraperitonealen Cystocelen, bei denen sich neben dem dem vorgefallenen, nicht vom Peritoneum bedeckten Blasenteil ein leerer oder von Darmschlingen gefüllter Bruchsack findet, sind zum Teil ebenfalls primäre Hernien und haben dann die gleiche

Ätiologie wie die extraperitonealen. Die meisten paraperitonealen Cystocelen aber sind sekundäre Brüche: sie entstehen durch Zug, wenn partielle Adhäsionen eines präexistierenden Bruchstückes mit ausgedehnten oder verdünnten Blasenwänden oder mit Blasendivertikeln vorhanden sind. Auf diese Weise kommen auch die häufigen paraperitonealen Cystocelen bei recidivierenden Hernien, sowie die operativen Cystocelen zu stande. Die seltenen extraperitonealen Blasenbrüche endlich, bei denen der vorgefallene Blasenteil vollständig von Peritoneum bedeckt ist, sind stets sekundäre Brüche; sie kommen ebenfalls durch Zug zu stande, wenn bei äufserer ordentlich beweglicher Blase und stark ausgedehnten und schlaffen Blasenwänden eine Adhäsion zwischen dem Blasenscheitel und dem Inhalt einer Hernie besteht.

Götz-München.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1901. Heft 3.

Syphilis hereditaria. — Hutchinsonsche Zähne, von Henri Bodin. 16jähriges Mädchen mit ausgesprochenen Hutchinsonschen Zähnen. Das Mädchen macht körperlich und geistig den Eindruck eines 10jährigen Kindes; mit 4 Jahren lernte es erst gehen und sprechen, bekam mit 4 Jahren den ersten Zahn; hat als kleines Kind viel an Krämpfen und Ausschlägen, die nur einer spezifischen Behandlung wichen, gelitten. Mit 15 Jahren doppelseitige Keratitis, mit Hg-Einspritzungen erfolgreich behandelt. Mutter und eine Schwester vollkommen gesund. Vater soll Potator und Syphilitiker gewesen sein.

Epididymitis suppurativa gonococcica, von Laurent-Toulouse. Es besteht bis jetzt noch keine zusammenhängende Beschreibung der eitrigen blennorrhoischen Epididymitis. Diesem Mangel sucht L. mit der vorliegenden Arbeit abzuhelfen; er benutzte dazu aufser zwei persönlichen Beobachtungen sechs bereits veröffentlichte Fälle.

Im Verlauf einer schon bestehenden Nebenhoden-Entzündung treten Fieber und schlechtes Allgemeinbefinden auf; das ganze Skrotum wird schmerzhaft und verhindert das Gehen und schliefslich entwickelt sich an einer Stelle, gewöhnlich am Schwanzende des Nebenhodens, ein kleiner Abscefs, nach dessen freiwilliger oder künstlicher Eröffnung rasch Heilung eintritt. Es kann sich aber auch ereignen, dafs der Abscefs sich in die Tunica vaginalis propria und den Hoden eröffnet und dessen Nekrose herbeiführt. — Neben dem eben skizzierten Verlauf kommen noch zwei Abarten, eine schwerere und eine leichtere Form vor. Im ersteren Fall bestehen noch viele andere meist gonokokkenhaltige Abscesse in den Drüsen, der Prostata u. s. w. Im zweiten Fall ist die Eiteransammlung im Nebenhoden sehr geringfügig und macht kaum andere Symptome als eine einfache Epididymitis.

Diagnostisch besteht die Schwierigkeit, die Epididymitis suppurativa gonococcica von der Hodentuberkulose zu unterscheiden; doch sitzt bei letzterer der Abscefs meistens am Kopf des Nebenhodens; auch sind hier in $^3/_4$ der Fälle Hoden und Nebenhoden gleichzeitig erkrankt, während bei der Epididymitis suppurativa gonococcica der Testikel selber meistens verschont bleibt; desgleichen spricht das Vorhandensein mehrerer Abscesse oder Knoten für Tuberkulose. Das sicherste Unterscheidungsmerkmal aber bildet der Verlauf, der bei der blennorrhoischen Entzündung immer in schnelle Heilung ausgeht, bei der tuberkulösen aber chronisch wird. Die Potenz leidet nur, wenn zu der Epididymitis auch eine eitrige Orchitis hinzutritt, man kann das aber durch frühzeitigen Einschnitt verhindern.

Das Mikroskop belehrt uns, dafs die Eiterung immer extratubulär und peri-

epididymär ist. Kopf und Schwanz des Nebenhodens sind der Sitz kleiner Exsudatmassen, durch deren Zusammenfliefsen vermutlich der Abscefs entsteht. Die Tubuli und die Blutgefäfse bleiben stets frei von der Entzündung, dieselbe spielt sich nur in der Nachbarschaft der Lymphgefäfse ab.

In allen Fällen von Epididymitis suppurativa blennorrhoica konnte man den Gonococcus, und nur diesen, nachweisen, so dafs ihm sicher eine pyogene Eigenschaft zukommt. In den Nebenhoden gelangt er nach L. durch die Blutgefäfse, die Lymphgefäfse und durch die Schleimhaut. Prädisponierende Ursachen für das Zustandekommen einer eitrigen blennorrhoischen Nebenhoden-Entzündung erkennt L. nicht an. Das Eindringen des Gonococcus allein ist hinreichende Ursache dafür.

Veränderungen an den Nägeln im Verlauf eines Ekzema seborrhoicum, von Ch. Audry-Toulouse. A. hat früher gegen Unna behauptet, dafs die Nägel beim Ekzema seborrhoicum immer verschont bleiben; er beeilt sich jetzt, die erste gegenteilige Beobachtung, die ihm zu Gesichte kam, mitzuteilen. Der Fall selber bietet wenig Bemerkenswertes. Ein 30jähriges Mädchen hatte einen ersten Anfall von Ekzema seborrhoicum glücklich überstanden; beim zweiten, wenige Jahre später einsetzenden Anfall zeigten sich die fraglichen Veränderungen an den Fingernägeln — besonders am Zeigefinger und Ringfinger der rechten Hand —, die sich von denen bei Psoriasis nicht wesentlich unterschieden: der freie Rand ist etwas von der Pulpa abgebogen, verdickt, unregelmäfsig gezackt, zum Teil zerreifsbar. — A. meint, dafs die Nägel auf die verschiedenen Parasiten immer ziemlich gleichmäfsig reagieren.

Herpes zoster im Verlauf einer Hydrargyrose, von Audry und Laurent. Ein junges Mädchen hatte sich gegen ihren Fluor albus Sublimatlösung von unbekannter Stärke eingespritzt und bekam infolgedessen ein Erythem des Gesichts und des Körpers. Als dieses schon fast ganz abgeheilt war, entwickelte sich in der linken Lendengegend ein Herpes zoster, der übrigens ganz normal verlief; nur einmal erschien an dieser Stelle noch eine plötzliche Rötung und Schwellung.

Ein Fall von „Rash préroséolique" der Syphilis, von Audry und Laurent. Ein junges Mädchen kam mit einem Erythem, das ganz den Eindruck eines E. toxicum machte, zur Aufnahme in die Klinik. Erst nachdem dieses abgeblafst war, traten Roseola und Schleimhautplaques auf. Die Verfasser machen die Syphilis für das Zustandekommen dieses Erythems verantwortlich. *Türkheim-Hamburg.*

The British Journal of Dermatology.

Band XIII. März 1901.

I. **Lupus vaccinalis,** von E. G. Little-London. Ein 9jähriges Mädchen wurde im Alter von 5 Monaten an den üblichen Stellen des linken Oberarmes mit animaler Lymphe aus einer renommierten Lymphanstalt geimpft. Zwei der vier Impfstellen wollten nicht zuheilen. Nach Abfallen der Krusten zeigten sie auf gerötetem nässendem Grunde leicht blutende Knötchen. Als Verfasser die Patientin vor einem Jahre zum ersten Male sah, wiesen die drei oberen Impfstellen normale, gesunde Narben auf, während an den unteren eine rote, schuppende Plaque sich befand, die alle klinischen Anzeichen des Lupus vulgaris hatte. Die Drüsen der linken Achselhöhle waren ein wenig geschwollen.

Die Lupusstelle wurde excidiert. Es erfolgte unter normaler Narbenbildung vollständige Heilung. Ein Jahr ist seit der Operation ohne Recidiv verflossen.

Zwei Meerschweinchen wurden mit dem erkrankten Gewebe geimpft. Eins starb vier Tage später ohne Anzeichen von Tuberkulose. Das zweite wurde nach sechs Wochen mit Chloroform getötet. Die oberflächlichen Inguinaldrüsen der linken Seite,

an der die Impfung vorgenommen worden, waren beträchtlich vergrößert und bildeten eine käsige Masse, während die rechtsseitigen Drüsen ein normales Aussehen zeigten. Mikroskopisch untersucht wies die käsige Masse zahllose Tuberkelbacillen auf, während solche in den von der Patientin excidierten Hautstückchen nicht nachgewiesen werden konnten. Histologisch waren hier Corium und Rete Malpighii durch eine starke, aus Plasma- und Bindegewebszellen bestehende Zellinfiltration ersetzt. Typische Riesenzellen mit degeneriertem Zentrum fanden sich in großer Zahl vor.

Der Verfasser ist der Ansicht, daß der Lupus durch den Impfarzt mit der Lymphe dem Kinde eingeimpft worden sei und den normalen Verlauf der unteren Impfpusteln verzögert habe.

Im folgenden wird dann sehr ausführlich die einschlägige Litteratur besprochen.

Band XIII. April 1901.

I. **Die Wirkung des Arsens auf die Haut, wie sie bei der jüngsten epidemischen Biervergiftung zur Beobachtung gelangt ist,** von H. G. Brooke und Lesslie Roberts - Manchester. Die Mehrzahl der Patienten bestand aus Arbeitern, deren Hauptklage war, daß sie mit ihren geschwollenen, heißen, schmerzhaften Händen und Füßen nicht arbeiten konnten. Abgesehen von diesen Merkmalen waren Fußsohlen und Handteller rot, gespannt. Dazu kamen Taubheit, Prickeln, Ameisenlaufen und Hyperästhesie der Haut, Erscheinungen, die zusammen das wohlbekannte Bild von Weir Mitchells Erythromelalgie vortäuschten. Nur erwies sich die Haut der befallenen Teile stärker verdickt.

Einige Patienten zeigten am Körper einen scharlach- oder masernartigen Ausschlag, dem trockene Desquamation und starke Hyperidrosis zu folgen pflegte; andere hatten, abgesehen von Händen und Füßen, auch das Gesicht stark geschwollen und gerötet. Am auffallendsten sahen jene Patienten aus, bei denen die Beine, zuweilen auch der ganze Körper von glänzend roten, bläulichen oder bläulichroten Plaques von verschiedener Größe und Gestalt bedeckt waren. Dieselben glichen in einzelnen Fällen der Psoriasis guttata, in anderen dem Lichen planus oder einer beginnenden exfoliativen Dermatitis. Fast alle Patienten zeigten eine mehr oder weniger stark ausgesprochene Verdickung und Pigmentation der Haut, ferner entsprechend der Intensität des Juckreizes, der immer vorhanden war, Kratzeffekte in Form von Pusteln und Furunkeln, außerdem schwache Erscheinungen einer peripheren Neuritis. Begleitendes Fieber wurde fast nie beobachtet, ebenso fehlten andere Allgemeinsymptome, besonders aber die Gastrointestinalerscheinungen, wie man sie bei Arsenvergiftung durch innere Medikation zu beobachten pflegt. Bei dem beschriebenen Symptomenkomplex handelt es sich nach der Analyse, welche die Verfasser mit den klinischen Erscheinungen vornahmen, um:

1. Symptome, die einer Einwirkung des Arsens auf die vasomotorischen Zentren,
2. Symptome, die einer Einwirkung auf die Nervenstämme und Nervenendigungen zuzuschreiben sind;
3. um Alterationen in der Ernährung der Haut;
4. um Erscheinungen, die einer Einwirkung auf das Blut und die blutbildenden Organe zuzuschreiben sind.

Die Verfasser besprechen die einzelnen Punkte sehr ausführlich und teilen das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Es wurden untersucht:

1. Schnitte vom frühen Stadium der Krankheit, und zwar ein livider, erythematöser, dem Lichen planus ähnlicher Fleck vom Vorderarm.

Das Rete erwies sich hier im ganzen beträchtlich hypertrophiert. Die Schweißdrüsen sind vergrößert, die Talgdrüsen vollkommen gesund; das Corium ist unverändert, nur die Gefäße sind ein wenig hyperämisch.

2. Eine akute erythematöse, hyperkeratotische Stelle von der Hand.

Das Rete ist hypertrophisch, die Zapfen sind kurz, dick, stumpf. Anzeichen von Degeneration sind jedoch nicht sichtbar. Das Stratum granulosum ist stark hypertrophisch, ebenso das Stratum lucidum.

3. Ein primärer, pigmentierter, sommersprossenähnlicher Fleck auf dem Arm.

In diesen Schnitten ist Atrophie stark ausgesprochen. Die unteren Epidermisschichten sind mehr oder weniger in Degeneration begriffen.

4. Vorgeschrittenes Stadium der Krankheit mit Hyperkeratosis des Handtellers.

Die Atrophie des Epithels ist ungleichmäfsig. An einzelnen Stellen sind noch Anzeichen des früheren Stadiums der Hypertrophie vorhanden. Die Hornschicht ist hypertrophisch und erreicht stellenweise die zehnfache Dicke des darunter liegenden Rete. Stratum granulosum und lucidum sind gut markiert. Das Pigment ist von dunkelbrauner Farbe und füllt das ganze Epithel von der Spitze der Retezapfen bis zur Oberfläche des Stratum corneum aus.

5. Terminalstadium der Krankheit. Hautstück eines an Erschöpfung und Abmagerung sterbenden Patienten.

Die Ernährung der Haut ist stark alteriert, das Rete auf ganz wenige Zellreihen reduziert; keine Spur von Retezapfen; die Retezellen, wo sie vorhanden, sind blafs, vakuolisiert, schwach färbbar. Das Stratum granulosum ist verschwunden. Die Schweifsdrüsen sind in fettiger Degeneration begriffen. Fettige Degeneration beherrscht vielfach in den vorgeschritteneren Stadien der Krankheit das histologische Bild.

Die Verfasser erörtern in einem Schlufskapitel sehr eingehend die Pathogenese der Erkrankung vom pharmakologischen Standpunkte aus. Sie sind der Ansicht, dafs keine Hypothese die Erscheinungen besser zu erklären vermag, als die experimentell bekräftigte Oxydationstheorie von Binz und Hugo Schulz, nach welcher die Oxyde des Arsens (As_2O_3 und As_2O_5) bei Anwesenheit des lebenden Protoplasmas gewisse Transformationen eingehen, die stimulierend auf die Gewebszellen bis zum Grade der völligen Erschöpfung wirken. Nur in Gegenwart des Fettgewebes oder im Innern der Fettzellen findet eine solche Transformation der Oxyde des Arsens nicht statt. Dies erklärt, weshalb die Talgdrüsen in der Haut zumeist von der schädlichen Einwirkung des Giftes unberührt geblieben sind.

Die durch die Arsenpräparate hervorgerufenen Erscheinungen entsprechen dem Grade der Entwickelung von Sauerstoff innerhalb der Gewebe. So lange durch Arsen das Oxygen langsam und in mäfsiger Menge in den Geweben frei wird, bleibt das Resultat eine formative Tendenz, wie dies aus der Arsenfütterung mancher Steiermärker hervorgeht. Sobald aber Oxygen mehr und rascher aufgenommen und abgegeben wird und der Ernährungsprozefs und die Respiration der Zellen über ihre Toleranz hinaus beschleunigt ist, so kommt es zur Erschöpfung, Degeneration, Atrophie und schliefslich zum Tode.

II. **Hauterscheinungen infolge des Genusses von arsenikhaltigem Bier,** von F. H. Barendt-Liverpool. Man kann die Krankheitsfälle in zwei Klassen einteilen: 1. in solche, bei denen es sich um eine akute Arsenvergiftung handelte und die Läsionen akute und kurzdauernde waren; 2. in solche, bei welchen die Intoxikation eine mehr schleichende ist, und dementsprechend auch die Erscheinungen einen chronischen, langsamen Verlauf nehmen.

Als Paradigma für die erste Klasse kann ein typischer Fall bei einem Manne gelten, der einige Monate früher ein Abstinenzler war, und einmal innerhalb von drei Tagen etwa 40 Pint des verunreinigten Bieres zu sich nahm. Die Folgen waren sehr schwere. Er bekam heftige Schmerzen in Händen und Füfsen und konnte sich nur mühsam nach dem Krankenhause begeben. Jucken, Ameisenlaufen und Stechen

plagten ihn am ganzen Körper. Als er sich zum ersten Male vorstellte, waren Gesicht und Augenlider gerötet und geschwollen. Es bestand leichte Konjunktivitis und Lichtscheu. Die Haut des Gesichts war mit feinen, kleieartigen Schüppchen bedeckt. Überall konnte man Kratzeffekte wahrnehmen. Die Hände und Füfse waren gespannt und stets von Schweifs bedeckt. Der Patient litt auch an Rachenbeschwerden, Erbrechen und Diarrhoe. Der Gesamteindruck erinnert an Erythromelalgie. — In einzelnen akuten Fällen sahen die Finger und Zehen aus, wie mit roter Tinte gefärbt. Die Haut zeigte den Zustand der „Glossy skin". Einige Patienten zeigten Urticariaquaddeln, andere Zona, jedoch gehörten diese Fälle zu den Ausnahmen.

Der zweiten Klasse gehörte die Mehrzahl der Fälle an; es waren nur mäfsige Trinker, die ihre Erscheinungen auf Monate zurück datierten, ehe sie sich entschlossen, ins Hospital zu gehen. Als pathognomisch für die epidemische Arsenvergiftung kann die Hautverfärbung angesehen werden, die alle Patienten aufwiesen. Die Haut war überall, wenn auch nicht gleichmäfsig pigmentiert, an den Stellen stärker, die auch natürlicherweise schon pigmentiert sind. Das Aussehen der Patienten erinnerte vielfach an die Addisonsche Krankheit, mit welcher sicherlich manche Fälle der epidemischen Arsenintoxikation der Biertrinker verwechselt worden sind. Die Haut einzelner Patienten war dicht besät von sommersprossenähnlichen Flecken mit dazwischenliegenden weifsen, erbsengrofsen Inseln. Je dunkler der Patient von Natur war, desto stärker pigmentiert sah er aus.

In nicht wenigen Fällen wurde Keratitis arsenicalis und Hyperidrosis beobachtet.

III. **Urticaria infolge des Gebrauchs von Formalin.** (Verfasser nicht genannt.) Der Verfasser erinnert im Anschlufs an einen von Arthur Hakl mitgeteilten Fall von Ekzemausbrüchen nach dem Gebrauche von Phenylhydrazinhydrochlorid an einen ähnlichen Fall, bei welchem der Gebrauch von mit dieser Substanz zufällig begossenen Kleidern genügt hat, um intensive Attacken von erythematösen, urticariaähnlichen und vesikulösen Ausschlägen hervorzurufen.

Interessant ist der von Glover beschriebene Fall, der eine junge verheiratete Frau betraf. Dieselbe benutzte auf Empfehlung einer Freundin als Haarwasser eine Formalin enthaltende Lösung. Einen Tag nach der ersten Applikation bekam die Patientin einen universellen Urticariaausschlag, der ihr intensives Jucken verursachte und schlaflose Nächte bereitete. Das Gesicht war stark geschwollen und bis zur Unkenntlich entstellt.

Die Beobachtung von Hautausschlägen nach dem Gebrauche kleiner Mengen flüchtiger Gifte ist nicht neu und nicht selten. Bekannt ist auch die Wirkung durch Berührung mit Epheu, der „lieblichen" Primel und anderen Pflanzen.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 19. März 1901.

I. **Kritische Durchsicht der Litteratur über die gummöse Erkrankung des Samenstranges,** von H. Goldenberg-New York. Nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Litteratur teilt Verfasser einen Fall aus seiner Praxis mit. Derselbe betraf einen 23jährigen Jüngling, der wegen einer seit sechs Monaten bestehenden Syphilis das Mount-Sinai-Hospital aufsuchte.

Bei der ersten Besichtigung des Patienten wurde an der hinteren Fläche der linken Skrotalhälfte nahe der Raphe eine runde, scharf umschriebene, schwach cystisch sich anfühlende, scheinbar fluktuierende, nicht schmerzhafte, aber etwas gespannte,

härtliche Masse entdeckt. Testikel und Epididymis waren absolut normal, der Samenstrang sonst unverändert.

Verfasser gewann den Eindruck, dafs der Tumor vom Samenstrang ausging und mit diesem eng zusammenhing, und dafs es sich um ein Gumma desselben handelte. Da die Diagnose von einem anderen Arzte angezweifelt wurde, so wurde ein Stückchen des Tumors behufs mikroskopischer Untersuchung excidiert. Das Resultat derselben gab dem Verfasser Recht. Die Diagnose lautete: Gumma mit sekundären, entzündlichen Veränderungen.

II. **Ein Fall von Syphilis maligna geheilt mit ZITTMANNschem Dekokt,** von G. MAC GOWAN-Los Angeles. Der Verfasser hat schon früher den Gebrauch des ZITTMANNschen Dekokts in Fällen von Syphilis maligna, in denen Merkur und Jodkalium sich nicht genügend oder nicht rasch genug wirksam zeigten, warm empfohlen. Er erinnert an zwei photographierte Patienten aus seiner Praxis, die tiefe, ausgedehnte, sekundärsyphilitische Hautdefekte hatten und trotz des ausgiebigen Gebrauchs von Quecksilber und Jodkalium dem Tode nahe waren, aber unter dem Einfluſs des ZITTMANNschen Dekokts vollständig geheilt wurden. NEUMANN, KAPOSI, KEYES, CHETWOOD und andere hervorragende Autoren betonen den Wert dieses Mittels namentlich bei ulcerativen Syphiliden, während FOURNIER, CROCKER u. a. dasselbe gar nicht erwähnen oder mit wenigen Worten in ihren Lehrbüchern abfertigen.

Bei der Anwendung des Dekokts hält sich Verfasser an die ursprüngliche ZITTMANNsche Formel. Er verordnet den Patienten täglich das starke und das schwächere Präparat (Dekokt No. 1 und No. 2) und zwar in der Weise, dafs um 7 Uhr morgens ein leichtes Frühstück, um 9 Uhr 120 g des starken Dekokts möglichst warm genommen werden. Diese Dosis wird täglich etwa um 30—50 g verstärkt bis etwa zu einem halben Liter, soweit es der Patient, ohne Erbrechen zu bekommen, verträgt. Hierbei ist Bettruhe und Schwitzen zu empfehlen. ZITTMANN No. 1 wirkt leicht purgierend. Um 12 Uhr nimmt der Patient sein zweites Frühstück (Lunch) ein, und um $3^1/_2$ Uhr des Nachmittags wiederum im Bett liegend $^1/_4$—$^1/_2$ Liter des schwächeren Dekokts kalt; um 6 Uhr ein gutes Diner ohne grüne Gemüse oder Früchte. Während der ZITTMANNschen Kur wird weder Quecksilber, noch Jod, noch irgend ein anderes Medikament verordnet. Die Besserung setzt vielfach erst im Laufe der zweiten Woche ein, macht dann aber auch ununterbrochen gute Fortschritte.

Der Verfasser illustriert das Gesagte durch die Krankengeschichte eines Falles.

III. **Neue intravesikale cystoskopische Instrumente,** von FR. BIERHOFF-New York. 1. Modifizierter Lithotriptor und Fremdkörperzange. Das nach den Angaben des Verfassers von der Firma Louis & H. Löwenstein in Berlin konstruierte Instrument soll eine Verbesserung des cystoskopischen Lithotriptors von NITZE insofern sein, als es den Gegenstand besser in Gesichtsfeld rückt und ermöglicht, denselben mit gröfserer Leichtigkeit und Sicherheit zu erfassen. Mit dem Instrument lassen sich kleine, weiche Steine oder Fragmente von Steinen nach der Lithotripsie zerstofsen und Fremdkörper unter Kontrolle des Auges aus der Blase entfernen.

2. Cystoskopische Fremdkörperzange. Das Cystoskop liegt im Tubus an der hinteren Fläche des Instruments, ist im Kanal frei beweglich und kann mittelst einer kleinen Schraube in jeder gewünschten Position an den Schaft der Zange befestigt werden. Mit dem Instrumente, welches dieselbe Berliner Firma konstruiert, können Fremdkörper nur extrahiert werden.

IV. **Ein Fall von multiplem Angiosarkom der Haut,** von J. C. JOHNSTON-New York. Der Fall betraf ein 16 Monate altes, wohl genährtes, sonst gesundes Kind, das am Körper eine Anzahl ziemlich grofser, weicher, beweglicher, nicht pigmentierter,

mit glatter Epidermis bedeckter Tumoren zeigte. Dieselben erwiesen sich als gutartige Geschwülste, denn nach Excision des einen oder des anderen Knotens erfolgte vollständige Heilung ohne Recidive. Die Lymphdrüsen waren nirgends in Mitleidenschaft gezogen.

Histologisch bestand ein Tumor aus mehreren, durch fibröse Septa von einander getrennte Lobuli, die ihrerseits sich aus zahlreichen erweiterten, mit ödematösem Endothel ausgekleideten Gefäfsen zusammensetzten. Die letzteren waren von Zellhaufen begrenzt, wobei die Zellen selbst in konzentrischen Reihen die Gefäfse umgaben. Die Zellen sind rund oder kuboid, besitzen ein helles, wenig färbbares Protoplasma und einen zentralen, rund diffus gefärbten Kern, kurz, es handelt sich um ein embryonales Endothel, wie man es bei anderen Endotheliomen und gewissen spezifischen Entzündungen antrifft. Aufser von den Zellhaufen sind die erweiterten Blutgefäfse noch von einem Stützgerüst aus zartem, areolären Gewebe begrenzt. Der Fall entspricht dem einen der von Wolters veröffentlichten Fälle, den er mit Hämangiosarkom bezeichnet hat. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Die Pellagra, von Victor Babes und V. Sion. (Alfred Hölder, Wien 1901.) Aus dem hochinteressanten Buche seien einige besonders wichtige Kapitel herausgegriffen. Beginnend mit einem kurzen geschichtlichen Rückblick geben die Verfasser eine durch Karten illustrierte Übersicht über die Verbreitung der Pellagra in Italien und Rumänien. Die Zahl der Pellagrösen in ersterem Lande betrug nach gewissenhafter Schätzung im Jahre 1879 etwa 9800, 1887 über 10000. Felitz zählte 1892 für Rumänien 4500 Pellagrakranke, während 1886 noch ziemlich 20000 nach Schätzungen vorhanden gewesen sind. Babes und Manicatide ist es gelungen, die giftige Wirkung der Maisextrakte durch Blutserum, welches gekräftigten und geheilten Pellagrapatienten entnommen wurde, zu paralysieren. Der krankmachende Einfluſs der Toxine des verdorbenen Maises kommt nur dann zur Geltung, wenn bestimmte Prädispositionen zur Erkrankung vorhanden sind. Dahin gehören: Angeborene Anomalien (Kretinismus, Epilepsie), Vererbung (Alkoholiker und Descendenz derselben, sowie der Syphilitiker und Pellagrösen sind für Pellagra besonders empfänglich), Geschlecht (weibliches Geschlecht prävaliert; wohl weil seine Nerven schwächer und seine Kräfte durch Schwangerschaft, Stillen und Arbeit mehr als bei den Männern mitgenommen sind) Klima und Insolation, sowie Unreinlichkeit, Elend, kachektische Schwächezustände und Alkoholismus. Was die Behandlung anbelangt, so hat man eine präventive und eine specielle zu unterscheiden. Vor allem muſs auf eine gute Maisernte gesehen werden, damit verdorbener Mais soviel wie möglich vom Genuſs ausgeschlossen werden kann. Ferner muſs der Staat für eine Hebung der hygienisch-sozialen Verhältnisse unter der armen Landbevölkerung sorgen. Das billige Maisbrot durch Weizenbrot zu ersetzen, ist ein Vorschlag, der an den Kosten scheitert. Dann würde dem armen Manne, der schon so wie so nicht genügend sich ernähren kann, die Nahrung aufs Doppelte des jetzigen Preises zu stehen kommen. Auch müſste man eventuell die in Amerika übliche Sterilisierung des Maises und die Gewinnung eines nicht pathogenen Maises durch Ausziehen des Maisöles ins Auge fassen. Ferner müssen Strafen auf den Verkauf verdorbenen Maises

gesetzt werden, was besonders die Gutsbesitzer treffen würde. Unentbehrlich sind die Pellagrösenasyle oder Pellagroserien, deren Muster und Erstling sich zu Legnano befindet. Hier werden die Kranken in weiten landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt, nebenbei unter vortreffliche hygienische Verhältnisse gebracht und ärztlich behandelt. Die Verallgemeinerung dieser Asylerrichtung scheitert nur am Kostenpunkt, sodafs Rumänien nur eine solche Pellagroserie aufzuweisen hat. Die Verfasser schlagen zur Abhülfe Errichtung von Sommerkolonien für Pellagraleidende auf Staatsgütern vor. Was die Therapie selbst anbetrifft, so bekämpfte man die Pellagra früher besonders mit Blutentziehung und aufserdem noch mit den unglaublichsten Sachen, wie Eidechsenbouillon sowie mit Brechmitteln. Casal führte die hygienisch-diätetische Behandlung in die Therapie der Pellagra ein und bevorzugte besonders die Milchdiät. Lombroso preist das Arsenik als Panacae. Gegen Tremor, Paresen und Gelenkschmerzen giebt letzterer einige Centigramm Bleiwasser in 300 g Wasser. Gegen die Diarrhoen Kalomel, gegen schweren Vertigo Cocculus orientalis aus der homöopatischen Pharmakopoe. Bei pellagrösem Typhus empfehlen die Verfasser Purgantien, Darmantiseptica, Salol, Benzonaphtol. Gegen spinale Symptome giebt de Orchi Strychnin, Ergotin und Vesicantien. Bei Fieber verordnet Maldaresu Chinin. Während Lombroso gegen Darreichung von Eisen ist, geben Galli und die Verfasser dasselbe mit Erfolg, wenn Abnahme der Erythrocyten besteht. Vor allem wichtig für die Heilung der Pellagrösen ist Entfernung aus seiner Umgebung, Gewöhnung an Fleischkost, indifferente Salbenbehandlung, daneben täglich laue Salzbäder.

Hopf-Dresden.

Encyklopädie der gesamten Chirurgie, herausgegeben von Kocher und de Quervain. (F. C. W. Vogel, Leipzig 1901.) Nachdem die Encyklopädien der Haut- und Geschlechtskrankheiten, der Ohrenheilkunde und der Geburtshülfe und Gynäkologie bereits erschienen sind, befinden sich jetzt die Encyklopädien der Hygiene, der Augenheilkunde und der gesamten Chirurgie im Druck. Von letzterer, die in etwa 25 Lieferungen à 2 Mark erscheinen soll, liegen nunmehr die ersten Lieferungen in der vortrefflichen, mit Abbildungen illustrierten Ausstattung vor. Wir haben bei der Besprechung der Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten bereits über den Wert dieser Art von Sammelwerken gesprochen, über den Nutzen, den sie bei der ungeheuren Ausbreitung unserer Litteratur und den raschen Fortschritten, namentlich spezieller Zweige der Wissenschaft, stiften, und wie sie es dem wissenschaftlich thätigen Praktiker ermöglichen, hinter den modernen Fortschritten nicht zurückzubleiben. Auch bei der vorliegenden Encyklopädie der gesamten Chirurgie ist die Redaktion bemüht gewesen, für alle Kapitel zahlreiche Mitarbeiter zu gewinnen, welche durch eigene Arbeiten auf dem betreffenden Spezialgebiete sich darüber ausgewiesen haben, dafs sie mit dem zu behandelnden Gegenstande und mit der neuesten Litteratur völlig vertraut sind.

So möge denn diese neue Encyklopädie allen, die sich dafür interessieren, aufs beste empfohlen sein. *F. Hahn-Bremen.*

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von Ernest Finger - Wien. Fünfte wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. (Franz Deuticke, Wien 1901.) Die Fingersche Monographie der Blennorrhoe ist mit Fug und Recht in den weitesten ärztlichen Kreisen längst bekannt und hochgeschätzt. Es ist daher wohl unnötig, hier weiteres zu ihrer Kenntnis und zu ihrem Lobe zu sagen. Es genügt, darauf hinzuweisen, dafs die neue Auflage wie selbstverständlich auch die neuesten Forschungen berücksichtigt; die dadurch notwendig gewordenen Ergänzungen finden sich insbesondere in den Kapiteln über die Therapie der akuten und chroni-

schen Urethritis, über Tripperrheumatismus, Vesiculitis seminalis, Endocarditis gonorrhoica etc. Das Buch wird in der vorliegenden Neuauflage sicherlich ebensoviel Anerkennung finden wie bei seinem früheren Erscheinen. *Götz-München.*

Die Samenblasen des Menschen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie, Gefäfsversorgung und ihres feineren Baues, von S. Max Fraenkel. (August Hirschwald, Berlin 1901.) Die vorliegende exakte Studie über die bisher allseitig etwas stiefmütterlich behandelten Samenblasen verdient es, dafs wir den Inhalt hier in Kürze wiedergeben: Die Samenblasen divergieren in der Medianlinie in einem Winkel von 45—60°; sie bilden platt elliptische Körper von ca. 4—5 cm Länge, 2 cm Breite, 1 cm Dicke. Der äufsere konvexe Rand zeichnet sich durch Gefäfsreichtum aus. Mit der Blase sind sie unten innig verwachsen; vom Rectum kann man sie leicht ablösen. Die Samenblasen sind Divertikel der Pars ampullaris der Ductus deferentes; sie bestehen aus einem Rohre, dem seitlich divertikelartige Verlängerungen aufsitzen. Vom Vas deferens aus läfst sich Berliner Blau leicht in die Samenblase injizieren; erst wenn diese stramm gefüllt ist, tritt die Flüssigkeit aus dem Ductus ejaculatorius. Der Inhalt der Samenblasen ist ziemlich dick, leicht bräunlich gefärbt. Der Hauptkanal wie sämtliche Nebengänge sind von Leisten und Bälkchen durchsetzt, die Schleimhaut zeigt tiefe Einbuchtungen. Der Ductus excretorius mündet in das verjüngte Ende der Ampulle des Vas deferens; der jetzt gemeinsame Ductus ejaculatorius tritt in die Prostata. Das Peritoneum bedeckt die Samenblase am unteren Ende nicht; hier liegt auch die Blasenwand in einem dreieckigen Raum (Pars interampullaris vesicae) extraperitoneal. Die Blase hier zu punktieren ist aber bedenklich. Samenblase und Ampulle haben eine fibröse Kapsel, die in die Prostatakapsel übergeht und sich an das Peritoneum heftet. Nach dem Rectum zu und auf der Vorderseite ist die Kapsel geschlossen. Interampullär finden sich Muskelfasern, welche transversal von Samenblase zu Samenblase verlaufen. Testut nennt sie: „Veritables muscles expulseurs", Vivier Ellis giebt diesen Muskelfasern und der äufseren longitudinalen Muskelschicht den gemeinsamen Namen „M. compressor vesiculae et ductus seminis." Auffallend ist der Gefäfsreichtum an und um die Samenblasen. Die eingehende Darstellung der Gefäfse durch den Verfasser ergiebt kurz folgendes: Die Vasa posteriora superiora der Samenblasen entstehen aus der A. haemorrhoidalis media und A. deferentialis; die Vasa posteriosa inferiora aus A. haemorrhoidalis media, A. vesicalis inferior accessoria und A. haemorrhoidalis superior; die Vasa anteriora aus A. vesicalis inferior und A. deferentialis. Die Gefäfse der Ampulle entstammen der A. deferentialis, A. haemorrhoidalis media und A. vesicalis inferior. Ein bedeutendes Venengeflecht, Plexus venosus seminalis, ergiefst sich in den Plexus vesicoprostaticus, dieser in die Vena hypogastrica. Reichliche Lymphgefäfse sind vorhanden. Die Nerven kommen aus dem Plexus sympathicus hypogastricus, folgen den Arterien, die markhaltigen Fasern prävalieren. Mikroskopisch findet man in der Samenblase drei Schichten: 1. eine bindegewebige; 2. eine Muskelschicht; 3. eine Schleimhautschicht. Die Muskelschicht zeigt äufsere, dünnere Längsfasern und innere Ringfasern. Die Schleimhaut enthält keine Drüsen. Das Epithel ist stets cylindrisch. In den Samenblasen findet man stets Spermatozoen, sie sind deshalb aber nicht nur Reservoire für das Hodensekret. Das Hauptquantum der Samenflüssigkeit wird sicherlich in den Samenblasen secerniert. Die Farbe des Sekretes ist grauweifslich, gelegentlich auch bräunlich (im Anfange der Arbeit wird die Farbe nur als bräunlich bezeichnet, d. Ref.); die Konsistenz eine rahmartige. Reaktion alkalisch; kein Geruch. Das Mikroskop ergiebt: Samenfäden, Epithelfäden (Leichenerscheinung), Leukocyten, Schleim, ferner amorphe, nicht krystallinische,

transparente Gebilde (Robins Sympexions), die sich in Essigsäure auflösen; ihr Zweck ist unbekannt.

Kurz wird auch die Pathologie gestreift: Die Spermatocystitis purulenta, die chronische Entzündung mit Induration, die Cystenbildung, die Konkrementbildung; letztere können sogar eine „Colique spermatique (Reliquet)" hervorrufen, bestehend in Schmerz beim Ende des Coitus, Harndrang und Fehlen der Ejakulation. Die Tuberkulose der Samenblase kommt auch bei sonst gesunden Individuen vor, sie beginnt im Halse der Samenblase, die sich ganz hart anfühlt. Primäres Carcinom ist beobachtet.

Zum Schlufs kommt Verfasser wieder auf anatomische Verhältnisse zurück und bespricht die Lage der Einmündungsstelle der Ureteren in die Blase zu den Samenblasen und zu den Ampullen der Vasa deferentia. Er stellt fest, dafs da keine festen Beziehungen bestehen. Es kommt vor, dafs der basale Teil der Samenblase mit einer lateralen Randpartie ein kleines Stück des Ureters deckt, aber auch, dafs der Ureter erst am unteren Teile der Samenblase eintritt, oder dafs ein Stück Ampulle über ihm lagert. Der Wert der hervorragend ausgestatteten Arbeit wird durch vier vorzügliche Tafeln noch erhöht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Operation bei schweren Fällen von Hypospadia, von R. H. Russell. (*Brit. med. Journ.* 17. Nov. 1900.) Mit der Operation soll an erster Stelle zweierlei erreicht werden:

1. dafs das Glied als sexuelles Organ gebrauchsfähig wird;

2. dafs es im stande ist, nach Art der männlichen Individuen zu urinieren.

Verfasser beschreibt ausführlich den Gang des operativen Verfahrens, das er in zwei Phasen zerlegt:

a) in diejenigen chirurgischen Eingriffe, welche eine regelrechte Urethra im vorderen Penisteile herstellen;

b) und in die suprapubikale Cystotomie und Verschlufs der perinealen Urethra.

C. Berliner-Aachen.

Zur Übertragung der Tuberkulose durch die rituelle Circumcision, von J. Neumann. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 13.) Verfasser tadelt mit Berechtigung den ungenügenden Reinlichkeitssinn der Beschneider und dies besonders am Flachlande. Dadurch werden verschiedene infektiöse Krankheiten übertragen und dies hauptsächlich durch die behufs der Blutstillung geübte Blutaufsaugung. Die sogenannte Impftuberkulose wird von Individuen übertragen, die an manifester tuberkulöser Phthise leiden, welch' letzterer Umstand nicht genügend gewürdigt werden kann. Die mit latenter Tuberkulose behafteten Beschneider halten sich nämlich, wie dies auch in dem vom Verfasser beobachteten Fall konstatiert war, für gesund, bilden bei dem schleichenden Verlauf der Krankheit durch Jahre eine verborgene Infektionsquelle für die Kinder, welche sie beschneiden, beziehungsweise an denen sie die Blutaufsaugung ausüben. Der tuberkulöse Prozefs auf dem Penis bleibt nicht stationär, sondern schreitet auf dem Wege der Lymphbahnen im Organismus weiter, so dafs

zum Schlusse die verschiedensten Organe erkranken können. Im Laufe eines Jahres gelangten aus derselben Ortschaft vier männliche Kinder in die Behandlung des Verfassers, welche von demselben Beschneider circumcindiert wurden. Die Untersuchung derselben ergab Lungenspitzendämpfung, im Sputum Tuberkelbacillen. Die tuberkulöse Infektionsquelle der circumcindierten Kinder war hiermit in zweifelloser Weise festgestellt. Verfasser betont die Notwendigkeit sanitärer Maßregeln speziell gegen die vorangehend besprochene Verbreitung der Tuberkulose. *A. Alpár-Alexandrien.*

Die Beschneidung als Verhütungsmaßregel gegen Syphilis und andere Erkrankungen, von E. H. Freeland-London. (*Lancet.* 29. Dez. 1900.) Auf Grund der Statistiken von Hutchinson und seiner eigenen Erfahrung, sowie der Beobachtungen von Fournier, Clerc und Berkeley Hill (denen zufolge das Primärsyphilid in 73,3 % der Fälle auf der Vorhaut oder der Coronarfurche gelegen sind) tritt F. energisch für die allgemeine Ausführung der Circumcision ein, und zwar soll die Operation möglichst ausgiebig ausgeführt werden, um alle vorhandenen Falten auszugleichen. Als Schiffsarzt beobachtete F. im Orient, daß von den Matrosen die Kaskaren, welche als Mohammedaner sämtlich beschnitten sind, niemals Schanker acquirierten, wohl aber andere venerische Affektionen, während bei der übrigen Mannschaft jegliche Art von Erkrankung oft genug vorkam.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Calculus praeputialis, von G. S. Walton-Sutton. (*Lancet.* 18. August 1900.) Kurzer Bericht über einen solchen Fall. Patient war ein Chinese. Hinter der phimotischen Vorhaut fand sich ein kirschgroßer Knollen, der aus 28 facettierten Steinchen bestand; dieselben wurden stückweise nach einer kleinen Incision ohne große Mühe entfernt. Die chemische Untersuchung ergab kohlensauren Kalk, phosphorsauren Kalk und organische Bestandteile. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Gangrän des Penis, von G. A. Clarkson - Leicester. (*Lancet.* 19. Jan. 1901.) Ein 51jähriger Mann mit Debilitas und Dilatatio cordis, ausgedehnter Atherombildung an den Arterien, Emphysema pulmonum und Bronchitis und ammoniakalischem Urin zeigte vier Tage vor dem Exitus nach vorheriger Anschwellung und Schmerzhaftigkeit eine sich allmählich über den ganzen Penis ausbreitende feuchte Gangrän. Es bestand keine Phimose, auch keine Ulceration. Incisionen zeigten, daß auch die tiefer liegenden Gewebe ergriffen waren. Die Entstehungsweise konnte des genaueren nicht festgestellt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Cavernitis und Lymphangitis penis, von Horovitz. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 10.) Verfasser unterscheidet vier sichergestellte Formen von Penisinduration und zwar die syphilitische, blennorrhoische, traumatische und senile Form. Die blennorrhoische und traumatische Form ist stets mit Lymphangitis des Gliedes vergesellschaftet, die drei ersten Formen setzen mit einer akuten Cavernitis ein als Anfangsstadium, später entwickeln sich Chorda und unvollständige Erektionen, welche zu Impotenz führen. In der Litteratur werden noch Formen erwähnt, welche gichtischen Ursprungs sind (Gichtknoten), so auch Fälle infolge von Schrumpfniere und Zuckerharnruhr. Therapeutisch am günstigsten steht es bei den luetischen und traumatischen Formen, besonders wenn die geeigneten Mittel (Hg., Jod oder chirurgische Eingriffe) nicht zu spät zur Anwendung kamen. *A. Alpár- Alexandria.*

Über Doppelbildung der Harnröhre, von Leop. Löw. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 28.) Beschreibung eines Falles von doppelter Harnröhre; der obere, feinere

Kanal mündete hinten mit sehr feiner Öffnung in den prostatischen Teil der eigentlichen Urethra. Die betreffende Litteratur wird besprochen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes, von H. Wilson. (*Brit. med. Journ.* 24. Febr. 1900.) Ein Seemann hatte in angetrunkenem Zustande eine Damenhutnadel in die Harnröhre eingeführt und sie nicht mehr herauszuziehen vermocht. Bei der Untersuchung fand der Verfasser die Spitze der Nadel in der Substanz der Eichel steckend, während er das kugelige Ende tief im Perineum durchfühlte. In Narkose wurde die Nadel aus der Urethra entfernt.

C. Berliner-Aachen.

Fremdkörper in der Urethra des Mannes, von A. Hawley. (*Brit. med. Journ.* 17. März 1900.) Der Fall ist ganz ähnlich dem von H. Wilson beschriebenen. Auch hier ist das Corpus delicti eine Damenhutnadel, die mit keiner anderen Zange, als mit den Branchen zum Brennen der Locken, gefaßt und aus der Urethra herausgezogen werden konnte. Der Fall verlief gut. *C. Berliner-Aachen.*

Über Harnröhrenrupturen, mit kasuistischen Beiträgen, von Nath. Jacobson. (*New York. med. Journ.* 10. Nov. 1900.) Jac. wählte aus einer Reihe von Spitalfällen und solchen der Privatpraxis vier besonders instruktive aus, welche die bei dieser Art Verletzung gewöhnlichen Probleme der Diagnose und Behandlung zeigen. Die ersten zwei Fälle zeigen, daß kein großer Grad von Gewalt notwendig ist, um nicht nur die Harnröhre zu zerreißen, sondern sogar vollständig zu trennen (Fall eines 58jährigen Zimmerers aus einer Höhe von nur 4 Fuß direkt mit dem Perinäum auf eine Holzleiste, in dem anderen Falle stieß sich ein 12jähriger Knabe beim Herunterrutschen von einem Baumast denselben direkt in den Anus, verletzte die vordere Wand des Mastdarms u. s. w.), die Zerreißung ist, wie gewöhnlich, eine subcutane. Hämorrhagie aus der Urethra mit Urinretention und vergesellschaftet mit Blutung in das Perinäum, Skrotum und das Gesäß sind deutliche Zeichen einer Harnröhrenzerreißung. Was nun die Behandlung betrifft, so ist vor allem die Gefahr der Harninfiltration und deren Folgen hintanzuhalten, daher rät J., sich nicht zu lange mit vergeblichen Katheterisierungsversuchen aufzuhalten, sondern durch eine Incision am Perinäum freie Drainage der zerrissenen Teile und der Blase zu ermöglichen, vom Perinäum aus in die Blase einen Katheter einzuführen, denselben 48 Stunden zu belassen und dann je nach Bedarf zu wechseln. Nach 3—4 Tagen wird durch die Harnröhre eine Sonde von 32—36 Ch. eingeführt und dieselbe heilt so nach 4 bis 6 Wochen vollständig aus, ohne daß eine Naht nötig wäre. Der vom Perinäum aus eingeführte Katheter wird jeden Tag entfernt, gründlich gereinigt und nachdem die Blase mit Borlösung ausgespült ist, wieder eingelegt. Die Erfolge, welche Jac. hatte, zeigen die Vorzüge dieser Methode, deren Einzelheiten an der Hand der beschriebenen Fälle leicht verständlich, vor allem aber für den Chirurgen lehrreich sein dürften.

Stern-München.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 44) sprach H. Lohnstein-Berlin über **Behandlung der callösen, resilienten Strikturen.** Nach Lohnsteins Überzeugung können callöse, resiliente Strikturen weder durch oberflächliche Incisionen, noch durch Dehnungen auf die Dauer beseitigt werden. In solchen Fällen müssen die Harnröhrenschwielen radikal durchtrennt werden, so daß das schneidende Instrument bis zu relativ normalem Gewebe vordringt; durch die zirkuläre Spannung wird dann die Wunde dauernd klaffend erhalten und es kann gesundes Gewebe zur Bildung des neuen Lumens verwendet werden. Nach einer solchen Incision ist keine Bougiekur erforderlich; das ist sehr wichtig, weil die

Bougiekuren nach Urethrotomien die gradlinigen Urethromiewunden in Rifswunden verwandeln und so zur Bildung zickzackförmiger, das Harnröhrenlumen verzerrender Narben Veranlassung geben. Da mit den jetzt gebräuchlichen Urethrotomen dicke, bis in die Tiefe reichende Infiltrate nicht vollständig durchtrennt werden können, hat Lohnstein ein neues Urethrotom nach den Principien des Bottinischen Incisors konstruiert, das auch bei mächtigen, dicken Infiltraten tiefe Incisionen gestattet. Die Operation wird vorgenommen, nachdem vorher die Harnröhre durch eine Dilatationskur soweit wie möglich erweitert worden ist. Eine Incision genügt in jedem Falle; für dieselbe eignet sich, wenigstens bei ringförmiger Striktur, der vordere, der Symphyse zugewandte Teil des Harnröhrenlumens am besten. Die unmittelbare Wirkung der Operation, die bis jetzt bei 17 Kranken ausgeführt wurde, war in allen Fällen eine vortreffliche. Auch die Dauerresultate sind, so weit es sich bis jetzt beurteilen läfst, vollständig befriedigend; seit den ersten Operationen ist circa ein Jahr vergangen, während dieser Zeit ist bei keinem Patienten ein Recidiv aufgetreten.

In der darauffolgenden Diskussion erinnert Freudenberg daran, dafs bereits Middeldorpf einen galvanokaustischen Strikturenbrenner konstruiert hat; bei Anwendung desselben entstand an Stelle der entzündlichen Striktur die wesentlich schlimmere Brandnarbenstriktur. Ob das Lohnsteinsche Verfahren bessere Resultate ergiebt, ist sehr fraglich. Jedenfalls ist die Zeit noch zu kurz, um ein definitives Urteil zu ermöglichen; denn Narbenstrikturen stellen sich ganz allmählich im Verlaufe von Jahren ein.

Kutner erwartet von der Lohnsteinschen Methode keinen entscheidenden Fortschritt in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen. Das Verfahren wird im Gegenteil die Entstehung der schwersten Strikturen veranlassen. Wenn übrigens eine Striktur erst soweit dilatiert ist, dafs das Lohnsteinsche Instrument überhaupt eingeführt werden kann, dann ist eine Urethrotomie gar nicht mehr nötig. Die beste Strikturenbehandlung ist nach seiner Überzeugung immer noch die allmähliche Dilatation.

Lohnstein betont, dafs das Middeldorpfsche Instrument mit dem seinigen nichts gemein hat. Jedenfalls steht das eine jetzt schon fest, dafs die mit seiner Methode erzielten Erfolge weit besser und durchgreifender sind, als die bei den gleichen Patienten nach Anwendung anderer Methoden beobachteten Resultate.

Göts-München.

Behandlung der Harnröhrenstriktur durch die lineäre Elektrolyse, von Fort. (*Indépendance méd.* 1900. No. 51.) Der bekannte leidenschaftliche Verfechter der elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenstrikturen beschreibt zum x ten Male seine Methode, der er folgende Vorzüge zuschreibt: vollständige Schmerzlosigkeit Raschheit des Verfahrens, Fehlen von Blutung und von unangenehmen Zufällen, Seltenheit der Recidive; Dauersonden sind unnütz und die Patienten brauchen während der Behandlung nicht das Bett zu hüten. Der Patient soll meist in drei Tagen von seiner Striktur geheilt sein. *C. Müller-Genf.*

Die cirkuläre Elektrolyse und ihre klinischen Resultate bei Verengerungen der Harnröhre, von Vernay. (*Lyon méd.* 1900. No. 37.) Die von Bordier ausführlich beschriebene Methode besteht in der Anwendung des negativen Pols einer Batterie in Gestalt einer cylinderförmigen Elektrode (elektrolytische Bougie von Bordier). Beim Kontakt mit der negativen Elektrode wird das NaCl der Gewebe frei und kombiniert sich sofort mit dem Wasser zu Natronlauge (sekundäre Wirkung der Elektrolyse), welche die affizierten Partien der Harnröhre zu zerstören hat (tertiäre Wirkung). Die mit der Elektrode in direktem Kontakte befindlichen Teile der Schleimhaut

werden augenblicklich zerstört, zugleich bilden sie aber für die darunter gelegenen Schichten der Mucosa eine Schutzdecke vor allzu tief greifender Zerstörung. Verfasser hält diese Methode für die beste in allen Fällen, wo die progressive Dilatation nicht ausgeführt werden kann oder zu schmerzhaft ist. Sie ist nämlich vollständig schmerzlos, unschädlich, antiseptisch, unblutig. Der Operation folgt keine fieberhafte Reaktion, so dafs der Patient noch an demselben Tage wieder seiner gewohnten Arbeit nachgehen kann. Katheterismus in den nachfolgenden Tagen ist keineswegs unumgänglich notwendig. Recidive sind nicht zu befürchten (?). *C. Müller-Genf.*

Ein neues Urethrotom, von GEORGE RUBIN-Chicago. (*Med. News.* 8. Dez. 1900.) Dieses Urethrotom besteht aus drei Teilen, nämlich dem mit einer Rinne und am Ende mit einer Olive versehenen Stile, dem Messer und aus einem filiformen Bougie (nach Art von GUYONS Konstruktion) mit einer Schraube, wodurch es an das Metallinstrument befestigt werden kann. Zwei am anderen Teile des Metallgriffes angebrachte feine Schrauben dienen dazu, das Messer an der Olive vor- und zurückzubringen. Das filiforme Bougie dient als Leiter und bringt immer die Schneide des Messers in das Centrum des Lumens. Alle Teile des Instrumentes sind getrennt und leicht zu desinfizieren. Es ist das einzige Urethrotom mit einem verdickten Ende, wo das Messer gegenüber dieser Verdickung herauskommt; die letztere hält den gesunden Teil der Harnröhre auseinander und setzt die verengte Stelle gerade dem Messer aus, so dafs es nicht von Belang ist, wie eng oder weit die Striktur ist. Zwei Gröfsen, die eine mit einer Olive (Bulbus) von 27, die andere von 23 (für abnorm enge Harnröhren oder ganz junge Individuen) sind für die Praxis völlig genügend. Siehe die beigegebenen Zeichnungen. *Stern-München.*

Insufficienz der Harnblase infolge weiter Harnröhrenstriktur, von DESIDER RÁSKAI. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1900. No. 47.) Bei einem Patienten, der in der Kindheit an Enuresis gelitten, tritt infolge geringgradiger blennorrhoischer Striktur excessive Ausdehnung der Blase, inkomplete Retention, Cystitis, Polyurie, Enuresis auf. Die in der Kindheit vorhanden gewesene Schwäche des Blasensphinkter, Alkoholismus etc. wirkten mit, um die Blasenfunktion bei dem geringen Hindernis lahm zu legen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eine neue Serie von Sonden zur Dilatation der Harnröhre, von V. DI GREGORIO. (*Rif. med.* 1900. No. 51.) Dem Verfasser war es aufgefallen, wie häufig Fremdkörper in Gestalt von Katheterbestandteilen in der Harnblase gefunden werden. Es schien ihm dies von der unpassenden Fabrikation der betreffenden Instrumente abzuhängen. Bei dem von ihm erfundenen Instrumente wird nun die saitenartige Leitsonde nicht mehr an die Spitze des Katheters geschraubt, sondern durch den ganzen hohlen Körper desselben gezogen. Gegen die Mitte zu trägt die Leitsonde eine Anschwellung, welche einerseits dieselbe an die Katheterspitze fixiert, anderseits den Übergang der Leitsonde in den Katheter zu einem allmählichen gestalten läfst. Die Leitsonde ist doppelt so lang als der Katheter. Dieser letztere zeigt die Form des Katheters von BAZIN und wurde in 13 Nummern von COLLIN in Paris angefertigt. Der Diameterunterschied der einzelnen Katheternummern beträgt $^1/_3$ mm. *C. Müller-Genf.*

Experimentelle Untersuchungen über Katheterisation, nebst Bemerkungen zur Asepsis des Ureterkatheterismus, von M. KATZENSTEIN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 37.) Verfasser fafst das Ergebnis seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Desinfektion der Katheter mit Sublimat ist unzureichend.

2. Die Verwendung der Kutnerschen und der vielen anderen nach dem Farkasschen Princip konstruierten Apparate ist wegen des enormen Mehrverbrauchs an Kathetern undurchführbar.

3. Die Desinfektion der Katheter mit Formaldehyddämpfen, wie sie bisher geübt wurde, ist zu langwierig und für Katheter mit engerem Lumen unzureichend.

4. Der vom Verfasser konstruierte Apparat ermöglicht es, durch eine vehemente Entwickelung von Formaldehyddämpfen aus Trioxylmethylen (polymerisiertes Formaldehyd) bei einer Temperatur von 60° bezw. 80° und Durchtreiben dieser Dämpfe durch das Innere (Überdruck im Formaldehydentwickelungsraum, Ansaugen der Dämpfe durch Phenylhydrazin) gewöhnliche Katheter in 10 Minuten, Ureterkatheter in 20 Minuten, mithin also zum jeweiligen Gebrauche keimfrei zu machen, wobei die Katheter weniger als bei irgend einem andern Verfahren geschädigt werden (Dampfentwicklungsraum getrennt vom Katheterraum, in letzterem Temperatur von 30—40°) und Niederschläge von Formaldehyd auf den Katheter infolge der kurzen Dauer des Verfahrens so gut wie vollkommen vermieden werden.

Weiterhin ist es dem Verfasser gelungen, durch die zum ersten Male erreichte Desinfektion der Ureterkatheter einerseits und die Konstruktion eines den Ureterkatheter vollkommen aufnehmenden, am Cystoskop zu befestigenden Katheterschützers andererseits, den Katheterismus der Harnleiter so aseptisch wie nur möglich zu gestalten.

Bezüglich der komplizierten Beschreibung des Apparates sei auf die Originalabhandlung verwiesen, wo derselbe durch drei Abhandlungen erläutert wird.

I. Bloch-Berlin.

Zur Katheterisierung, von R. Kutner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 40.) Polemik gegen N. Katzensteins Empfehlung der Formaldehyddesinfektion und Betonung, dafs die Dampfsterilisation mittelst des vom Verfasser angegebenen Apparates die beste Methode zur Desinfektion der Katheter sei. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Anatomie und Physiologie des Gefäfs- und Nervensystems der Blase, von Keifer. (*Presse méd. belge.* 1900. No. 39 u. 40). In Anbetracht der bedeutenden Enge der Blasenhöhle in der Gegend des Halses, der grofsen Menge und der Dicke der Gefäfse in dieser Region der Harnblasenschleimhaut, des Reichtums der Ganglienzellen, welche einen wichtigen vasomotorischen Apparat in dieser Schleimhaut bilden, läfst sich vorderhand annehmen, dafs: 1. unabhängig von jeder Muskelkontraktion der Blase, einfache Vasodilatationen oder -Kontraktionen in der Tunica vascularis des Blasenhalses einen Verschlufs oder die Eröffnung der Blase herbeiführen können; 2. dafs diese vasomotorische Thätigkeit der Schleimhaut eine wichtige Rolle spielt in der Reihe der verschiedenen die Harnentleerung bildenden Momente; 3. dafs diese vasomotorischen Phänomene wahrscheinlich Inhibitionsvorgänge darstellen, welche in der Blasenschleimhaut ihren Sitz haben, während den Blasenmuskeln nur eine sekundäre Rolle zukommt.

C. Müller-Genf.

Oedema bullosum vesicae, von Friedr. Bierhoff - New York. (*Med. News.* 1900. No. 21.) Während Kolischer in seinem Handbuch „Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase" angiebt, dafs das blasenförmige circumscripte ödem der Harnblasenschleimhaut nur in Fällen von Gebärmutterkrebs vorkommt, wenn nämlich entzündliche Veränderungen bei einem ulcerierten Carcinom der Cervix auf die Blase übergreifen, lauten die an 15 Fällen gemachten Erfahrungen Bierhoffs dahin, dafs dieser Zustand, welcher in Abhebung des oberflächlichen Blasenepithels durch er-

sudiertes Serum besteht, durch irgend welche Neubildung und Entzündungszustand, der die Cirkulation in einem Teile der Blasenwand hemmt, verursacht werden kann. Aufser in 4 Fällen von Carcinoma uteri kamen die obigen 15 Fälle vor bei katarrhalischer und zeitiger Cystitis (coli 5 Fälle), bei blennorrhoischer Cystitis, bei Pyosalpinx, Cystocele u. s. w. Die Symptome waren in allen Fällen die der ursprünglichen Erkrankung, wie Cystitis oder Urethritis, abnorm häufiger Harndrang mit verschiedenen Schmerzgraden oder Tenesmus. Ausgesprochen diagnostische Bedeutung kommt also diesem Zustand, der nur durch die Cystoskopie zu erkennen ist (siehe 2 Abbildungen) und vor allem an der Umgebung des Sphinkter auftritt, nicht zu, sondern er ist eine Begleiterscheinung vieler verschiedener Entzündungs- oder Infiltrationsprozesse und seine Anwesenheit bedeutet die Ausdehnung derselben auf die Blasenwand und Übergreifen auf die Schleimhautoberfläche. *Stern-München.*

Über cerebrale Blasenstörungen. Vorläufige Mitteilung, von Ernst von Czyhlarz und Otto Marburg. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 47.) Der Gedanke, dafs auch beim Menschen die Blasenthätigkeit vom Gehirn aus beeinflufsbar ist, ist naheliegend. Die bei Gehirnaffektionen beschriebenen Blasenstörungen wurden stets als durch abnormen Zustand der Psyche bedingt aufgefafst. Man definiert den Begriff folgendermafsen: cerebrale Blasenstörungen sind alle jene, die im Verlaufe cerebrale Affektionen auftreten, insolange dieselben ohne Trübung des Bewufstseins und der Psyche einhergehen, vorausgesetzt selbstverständlich völlige Intaktheit des übrigen nervös-muskulös-drüsigen Blasenapparates. Verfasser sind nun zu folgenden Ergebnissen gelangt: Bei einseitiger Läsion der motorischen Zone der Hirnrinde, wie es scheint, in der Gegend des Hüftcentrums tritt vorübergehend Retention ein; bei doppelseitigen Herden konnten Verfasser noch nicht zu bestimmten Schlüssen kommen. — Subkortikale cerebrale Centren haben einen gewissen Einfluſs auf die Blase. In einigen Fällen von Läsionen des Corpus striatum wurde Inkontinenz gefunden. Der Thalamus opticus ist nicht beteiligt. Ein Fall von beiderseitiger totaler Zerstörung des Thalamus opticus zeigte trotz Verlustes der Hirnreflexe keine Blasenstörung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1901 in Hamburg.

X. Abteilung: Hautkrankheiten und Syphilis.

Bisher angemeldete Vorträge:

1. Prof. Dr. Lassar-Berlin: Zur Therapie des Cancroid.
2. Dr. Paul Richter-Berlin: Über den innerlichen Gebrauch von Jodtinktur an Stelle von Jodkalium.
3. Prof. Dr. J. H. Rille-Innsbruck: Thema vorbehalten.
4. Dr. Ferd. Winkler-Wien: Die Behandlung von Hauterkrankungen mittelst statischer Elektrizität.
5. Dr. Bonne-Klein Flottbeck: Über die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum Unna.
6. Privatdoz. Dr. Heuss-Zürich: Thema vorbehalten.
7. Privatdoz. Dr. Schiff-Wien: Lichttherapie, Kapitel: „Haare".
8. Dr. Georg Berg-Frankfurt a. M.: Seltene Komplikationen eines Karbunkels.

9. Dr. Bzox-Budapest: Über tinktorielle Injektion der interepithelialen und Bindegewebslymphräume der Haut und der Cornea.
10. Dr. Neuberger-Nürnberg: Mitteilungen über Gonorrhoetherapie.
11. Dr. E. Bender-Wiesbaden: Über die Ätiologie des Ekzems.
12. Dr. M. Bockhart-Wiesbaden:
    a) Über die Ätiologie des Ekzems.
    b) Über die Behandlung der Sklerodermie.

Referat und Kritik, von Fritz König. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 9.) Verfasser wendet sich gegen einige Mifsstände im Referentenwesen; mit unangenehmer Häufigkeit treten „Erwiderungen" beleidigter Autoren gegen Referenten ihrer Arbeit auf. Verfasser stellt nun folgende Grundsätze auf: Der Leser verlangt von einem Referat, dafs es ihn in knapper, zuverlässiger Weise über die verarbeitete Litteratur orientiert, und dafs er sich bei genauer Berichterstattung ein eigenes Urteil bilden könne, ob die Arbeit sich zum Studium für ihn eignet. Im Gegensatz dazu verlangt der Leser von der Besprechung der einzelnen käuflichen Lehrbücher, Monographien etc. eine vertrauenswerte Kritik, denn er will die Bücher event. kaufen, und daher aus der Rezension etwas über die Vorzüge, aber auch über die eventuellen Schäden des Buches hören. Mit diesem letzteren Punkte werden auch die Autoren einverstanden sein, zumal die Kritik meist die Unterschrift bekannter Fachgenossen trägt. Dagegen erwartet der Autor der in einer Fachzeitschrift erscheinenden Arbeit nicht Lob oder Tadel in einem Referate; er will, dafs dem Leser der Kern seiner Ausführungen übermittelt werde und mancher erleichtert dem Berichterstatter durch ein kurzes Resumé am Schlusse der Auseinandersetzungen die Arbeit. Verfasser findet nun, dafs die oben erwähnten Beschwerden auf dem Gebiete der eigentlichen Kritik selten seien, dafs dagegen bei den Referaten manches anders sein könne. Er verlangt von einem guten Referate folgendes: Es soll in einer objektiven Wiedergabe des Gedankenganges der betreffenden Arbeit, ohne kritisierende Bemerkung irgend welcher Art, bestehen, und es darf keine eigenen Deduktionen, Beobachtungen etc. enthalten, welche vom Referenten beigegeben werden.

Im Gegensatz hierzu fügt Richter vom Standpunkt der Redaktion des *Centralblattes für Chirurgie* die Anweisung bei, die er seinen Referenten giebt: nach dieser ist es ihm erwünscht, dafs der Kritik ein breiteres Feld eingeräumt werde, aber dafs sie eine objektive, anständige sein solle; er wünscht auch, dafs die Referenten Fälle eigener Beobachtung anschliefsen, ähnlich den Diskussionen, die sich an Vorträge anschliefsen.

Fritz König hält es auch nicht für richtig, dem Referenten über kasuistische, experimentelle und ähnliche Mitteilungen das kritische Schwert in die Hand zu drücken. Kann der Referent in solchen Fällen (z. B. bei unzureichend gestützten, den herrschenden Anschauungen widersprechenden Schlüssen) die Kritik nicht unterdrücken, so soll er sie mit kurzen Worten dem Schlufs des Referates anfügen. Jedenfalls ist den meisten Lesern das sachliche Referat angenehmer als das kritische, und nützen kann die Kritik nur, wenn sie streng sachlich von einem, der den betreffenden Stoff wirklich beherrscht, abgegeben wird. *F. Hahn-Bremen.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXXII. No. 12. 15. Juni 1901.

(Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-St. Georg. Oberarzt: Dr. Engel-Reimers.)

Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis.

Von

Dr. Lochte.

(Schluſs.)

Fälle maligner Syphilis.

Ein Fall weiblicher maligner Syphilis.

K., 26 J., Cigarrenarbeitersfrau, aufgen. 20. I. 1897.

Patientin ist seit 3 Jahren verheiratet; 4 Kinder, wovon 3 unehelich geboren.

1889. I. Partus. Kind starb ¼ Jahr alt an Darmkatarrh.

1891. II. Partus. Kind lebt und ist gesund.

1893. III. Partus. Kind starb 14 Tage alt an Lebensschwäche.

IV. Partus Ende 1893. Kind lebt und ist gesund.

Seit ¼ Jahr ist Patientin krank mit einem windpockenähnlichem Ausschlage, wurde bald bettlägerig und vom Ehemanne mit Mandelölumschlägen behandelt. Kommt in Watte und Binden eingewickelt ins Hospital.

Patientin macht einen geradezu trostlosen Eindruck. Die Extremitäten mit festanhaftenden, zum Teil schmierigen, stinkenden Verbänden bedeckt, die erst im Bade unter groſsen Schmerzen gelöst werden können.

Relativ guter Ernährungszustand. Menses seit 8 Wochen cessierend.

Der ganze Körper ist mit Rupiageschwüren in allen Phasen der Entwickelung bedeckt, kaum eine handbreite Partie der Haut ist von Efflorescenzen verschont; nur am Rücken sind dieselben etwas weniger zahlreich anzutreffen. Die Syphilide zeigen von Bohnen- bis Kinderhandgröſse alle Übergänge, sind mit Borken bedeckt, zentral z. T. verheilt, peripher zerfallen, z. T. sehr deutlich nierenförmig.

Der linke Unterschenkel ist mit besonders groſsen und typischen ulcerösen Syphiliden besetzt; ebenso die Aufsenseite des linken Oberschenkels.

Zwischen den z. T. konfluierenden Ulcerationen hat sich ein aus groschengroſsen nummulären Syphiliden bestehendes Exanthem etabliert. In ähnlicher Weise ist das rechte Bein erkrankt.

Auf dem Abdomen besteht das Exanthem aus dunkelbraunen, erbsen- bis bohnengroſsen, z. T. mit Borken bedeckten, beginnenden ulcerösen Syphiliden; hier ist der Prozeſs noch am wenigsten weit entwickelt. Auf beiden Mammae wieder die groſsen Rupiageschwüre.

Die schlimmsten Veränderungen sind durch die Rupia auf dem behaarten Kopfe und im Gesicht hervorgerufen. Hier ist, von einigen Quadratcentimeter am Kinn abgesehen, das Gesicht nach Ablösung der Borken, wie eine einzige grofse granulierende Fläche, in der minimale Hautinseln stehen geblieben sind. Die Unterlippe herabgezogen, ödematös und verdickt, die Nase durch Krusten verunstaltet und nach rechts gedrängt.

Arme und Finger sind gleichfalls nicht vom Exanthem frei; besonders rechts an den Metacarpophalangealgelenken sind grofse Ulcerationen.

Kein Fieber. Harn frei.

Nächtliche Kopfschmerzen, Schmerzen in den Knochen und Gelenken.

Ord. Sublimatbäder. Sol. Kal. jodati.

29. I. Stomatitis mercurialis.

31. I. Stomatitis wesentlich besser.

15. II. Die Syphilide am Körper und im Gesicht geheilt, nur an der Stirn noch eine reichlich handtellergrofse, granulierende Fläche.

27. II. Die Narben der Syphilide werden grofsenteils keloid.

30. III. Auf dem rechten Oberarm und auf dem behaarten Kopfe rechts je ein pfennigstückgrofses, flaches, ulceröses Syphilid.

30. V. Alles geheilt. Gewicht 138 Pfd. Entlassen am 30. V. 97.

Fälle männlicher maligner Syphilis.

1. K., 25 J., Kellner, aufgen. 28. IV. 1896.

Infektion Mitte Dezember 1895 bei P. P. in Hamburg. Danach von Dr. S. mit Sublimatinjektionen wegen eines bestehenden Ausschlages behandelt.

Status praesens: Im Sulcus retrogl. rechts eine bohnengrofse indurierte Narbe. Über der Symphyse ein bohnengrofses, ulceröses Syphilid, ein markstückgrofses auf dem Sternum, halbhandtellergrofses ulceröses Syphilid rechts am Hinterkopf.

Pustulöse Syphilide befinden sich im Gesicht und auf der Stirn, eine Anzahl auch auf beiden Schulterblättern. Beide hintere Gaumenbögen sind gewulstet, mit flachen bereits gereinigten Geschwüren besetzt. An der hinteren Rachenwand ein 2 cm langes und ½ cm breites ulceröses Syphilid. Kein Leukoderma, keine Alopecie.

Geheilt entlassen am 2. VI. 1896.

Am 13. XI. wieder aufgenommen mit einem frisch erworbenen gangränösen Schanker am Penis und schankrösem Bubo der linken Leistenbeuge. Zeichen frischer Syphilis waren jetzt nicht vorhanden.

2. Schu., Arbeiter, 37 J., aufgen. 25. I. 1893.

Infektion vor 8 Wochen durch Umhertreiberin. Gew. 52,5 kg. Ulcus auf dem Innenblatt des paraphimotischen Präputiums oben in der Mitte. Entlassen am 4. III. 1893.

Wiederaufnahme am 21. IV. 93. Allgemeine Drüsenschwellung. Roseola papulata universalis. Pap. muc. tonsillarum. Borken auf dem behaarten Kopfe. Entlassen am 4. V. 93.

1893. 25. VII. Wiederaufgenommen. Alopecie.

Auf dem Rücken und an beiden Vorderarmen, besonders auf den Scapulae Gruppen von linsen- bis bohnengrofsen pustulösen Syphiliden, zum Teil mit schwarzen Borken bedeckt. Muldenförmiges ulceröses Syphilid in der Crena ani. Pustulöse Syphilide auf der Stirn, dem Haarboden, in den Augenbrauen. Ulcerierte Schleimpapeln auf beiden Tonsillen. Rechter Hoden und Samenstrang geschwollen, der untere Teil des Skrotums ödematös. Orchitis syphilitica. Geheilt entlassen am 20. VIII. 93.

Wiederaufnahme am 4. X. 93. Zwei Wochen nach der Entlassung Geschwüre an den Armen. In der Mitte der Stirn eine thalergroſse Gruppe kleinpustulöser Syphilide. Entlassen am 30. IX. 93. Gew. 55 kg.

Wiederaufnahme am 29. XII. 93. Kraterförmige Ulcera auf der Stirn. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Kiefergelenkes und linken Sprunggelenkes. Geheilt entlassen am 16. II. 94. Gew. 55,5 kg.

Wiederaufnahme am 10. III. 94. Handtellergroſses ulceröses Syphilid des behaarten Kopfes (Zittmann-Kur, dann Jodkalium). Entlassen am 16. IV. 94.

Wiederaufnahme am 11. V. 94.

Zahlreiche Gruppen erbsengroſser ulceröser Syphilide auf dem behaarten Kopfe. Linsengroſse, flache, mit Borken bedeckte Syphilide in der Mitte der Stirn in thalergroſser Ausdehnung. Flacher gummöser Tumor am Ansatz der zweiten Rippe am Sternum. Auf der rechten Schulter, auf der linken Hinterbacke und neben dem linken Schulterblatte erbsengroſse pustulöse Syphilide. Ein Herpesbläschen am inneren Präputialblatt wandelt sich unter den Augen des Arztes in ein neues ulceröses Syphilid um. Geheilt entlassen am 15. VI. 94.

Wiederaufnahme am 14. VIII. 94. Auf dem Kopf eine Anzahl groschengroſser ulceröser Syphilide; ziemlich tiefreichend, die Ränder unterminiert. Auf der Stirn ein erbsengroſses kratertörmiges Ulcus. Hinter dem rechten Ohr eine markstückgroſse Ulceration. Der Ansatz der dritten rechten Rippe am Sternum verdickt. Gewicht 58 kg. Entlassen am 4. X. 1894.

Wiederaufnahme am 12. XI. 1894.

Auf der Stirn fünf bis groschengroſse, ziemlich tiefreichende Ulcerationen. Gumma über dem knorpeligen Teile der dritten rechten Rippe. Geheilt entlassen am 10. I. 95.

Wiederaufnahme am 20. II. 1895.

Über dem linken Scheitelbein zwei groschengroſse, tief ulcerierte Syphilide, die sich in den alten Narben etabliert haben und den Knochen frei lassen. Drüsentumor hinter dem linken Ohre. Entlassen am 31. III. 95.

Wiederaufnahme am 16. VII. 95.

Auf dem linken Scheitelbein haben sich im Gebiet der alten Narben thaler- bis markstückgroſse, neue ulceröse Syphilide entwickelt. Transplantation. Jodkalium. Hg-Kur. Geheilt entlassen am 30. XI. 95. Gew. 59 kg.

S. R., 25 J., Küpergeselle, aufgen. am 16. Mai 1897.

Infektion am 26. März 1897 bei einer Umhertreiberin in Hamburg. Vor vier Wochen Schanker an der Wurzel des Penis. Seit ca. 16 Tagen Ausschlag über dem ganzen Körper. Gew. 59 kg.

Status praesens: An der Wurzel des Penis rechts ein 5 Markstück-groſses, vielbuchtiges, schmierig belegtes Ulcus mit induriertem Grunde.

Anatomischer Bubo in der rechten Leistenbeuge, geringe Drüsenschwellung links.

Auf dem Skrotum rechts vorn zwei weitere typische Primäraffekte, rund 5-pfennigstück-groſs mit deutlicher Pergamentinduration und schinkenfarbenem Grunde. Plaques érosives am After.

Über den ganzen Körper zerstreut ein linsengroſses pustulöses Syphilid. Die auf der Haut zerstreuten Efflorescenzen Varicellen und Variolapusteln sehr ähnlich. Auf kupferfarbenem Grunde erheben sich Blasen mit centraler Delle und weiſslichem bezw. weiſsgelblichem Inhalt. Andere Efflorescenzen sind mit gelben, eingetrockneten Borken bedeckt. Die Anfangsstadien gleichen braunroten lentikulären Papeln.

Zwischen diesen pustulösen Syphiliden sind zehnpfennig- bis markstückgroſse Rupiageschwüre locker verstreut, dieselben sind mit geschichteten bräunlichen Borken

bedeckt. — Corona veneris. — Schleimpapeln auf beiden Tonsillen. Ulceröse Syphilide auf dem behaarten Kopfe. Patient fühlt sich sehr matt, hat ein unregelmäßig remittierendes Fieber, ist anämisch. (Hämoglobin 69%.)

Patient ist imbecill mäßigen Grades. Es besteht Tremor der Hände und der Beine, besonders des linken. (Sublimatbäder.)

25. V. Im Stuhl schleimige und blutige Beimengungen; die Sublimatbäder werden ausgesetzt.

26. V. Andauernd intermittierendes Fieber. Brustorgane frei, insbesondere Lungen ohne Befund, Herzdämpfung nicht verbreitert, Herztöne rein. Beginn der Behandlung mit Thyreojodintabletten.

23. VI. Die Mehrzahl der Geschwüre ist während der Thyreojodinbehandlung geheilt, das Ulcus an der Peniswurzel ist erheblich kleiner geworden. Dagegen sind eine Reihe größerer Geschwüre auf dem behaarten Kopfe, auf den Unterarmen und vor allem ein thalergroßes Ulcus auf der Innenseite der rechten Wade entstanden. Das letztere ist völlig torpide, mißfarben, zur Blutung und zum Zerfall geneigt. Andauernd noch Fieber.

28. VI. Thyreojodinbehandlung ausgesetzt. Beginn der Schmierkur zu 3,0 pro die.

12. VII. Die Ulcera sind jetzt sämtlich in flotter Heilung. Es besteht immer noch unverändert remittierendes Fieber. (Sol. Kal. jodat. 4,0 : 120,0.)

16. VII. Patient ist fieberfrei.

30. VII. Die Geschwüre sind alle fast völlig geheilt. In den letzten 14 Tagen hat Patient 7 Pfd. an Gewicht zugenommen.

6. VIII. Es ist alles geheilt. An der Peniswurzel befindet sich die livide, noch leicht indurierte Narbe des Primäraffektes. Die ulcerösen Syphilide sind mit livide-roten, leicht grubig vertieften, glatten Narben geheilt. Eine Anzahl Narben auf der Brust, den Schultern und Oberarmen sind flach erhaben und derb keloid. Alopecie. Kein Leukoderma. Geheilt entlassen. Gew. 58,5 kg.

4. Schm., 29 J., Kaufmann, aufgen. den 17. IX. 1897.

Angeblich hatte Patient niemals einen Schanker, seit 6 Monaten aber einen Tripper, den er an der Westküste Afrikas acquirierte. Seit 2 Monaten besteht ein Ausschlag am Körper, der auf der Heimreise vom Schiffsarzt mit Jodkalium behandelt wurde, worauf Besserung eintrat. Patient ging darauf in eine Wasserheilanstalt, wo die Geschwüre wieder aufbrachen. Gew. 58 kg.

Status praesens: Im Sulcus retroglandularis, auf der Glans penis, an der Peniswurzel links linsengroße, tief ulcerierte Syphilide. Auf Armen und Beinen eine Anzahl dunkel livider, etwas strahliger derber Narben von Bohnen- bis Markstückgröße. Über beiden Tibien, von denen die linke etwas verdickt ist, mehrere markstückgroße, tief ulcerierte Rupiageschwüre. Über der linken Mamma eine große Anzahl pfennigstückgroßer, scharfrandiger, ulcerierter, zum Teil mit einander konfluierender Syphilide. Gleiche Syphilide sind an der Streckseite beider Arme, besonders des linken vorhanden.

Auch auf dem Rücken, im Nacken und auf dem behaarten Kopfe eine Anzahl bohnen- bis pfennigstückgroßer ulcerierter Syphilide.

Auf der linken großen Zehe, auf das Nagelbett übergreifend, ein bohnengroßes Rupiageschwür; auf der dritten rechten Zehe ein in Heilung begriffenes ulceröses Syphilid.

Am Beginn des unteren Drittels des rechten Oberschenkels vorn ein reichlich hühnereigroßes, auf der Fascie liegendes, fluktuierendes Gumma. Ein anderes wallnußgroßes in der Mitte des linken Oberschenkels vorn.

Kirschengroſser Tumor des rechten Nebenhodens und geringe Hydrocele. Alopecie. Starke Chlorose.

27. IX. Die Syphilide sind in flotter Heilung.

1. XI. Die Narben der ulcerösen Syphilide sind zum Teil keloid. Kein Leukoderma. Starke Alopecie. Gew. 60 kg.

Geheilt entlassen.

5. M., 26 J., Schiffszimmermann, aufgen. 25. XI. 96.

1895. XII. Schanker, der bis Januar 1896 bestand und im Hospital in Hongkong lokal behandelt wurde.

1896. II. Stellen im Halse von einem japanischen Arzt mit Gurgelwasser behandelt.

1896. III. Stellen im Gesicht, deshalb wieder im Hospital in Hongkong, dort Schmierkur.

1896. IV. Neue Stellen im Gesicht, deshalb Krankenhausaufenthalt in Rangoon bis Juni.

Dann Segelschiffahrt nach Rio, die 3½ Monate dauerte, neue Stellen im Gesicht und an anderen Körpergegenden. In Rio im Hospital mit Medizin und Hg-Pillen behandelt.

Während der Heimreise Ausbruch neuer Stellen.

Status praesens: Über dem Kreuzbein zwei thalergroſse nierenförmige Narben; eine ebensolche zum Teil zerfallene Narbe auf dem linken Trochanter, über dem linken Darmbeinkamme und auf der zehnten linken Rippe. Halbhandtellergroſse Narbe mit kirschengroſsem Zerfall am Rande über der linken Scapula, eine noch gröſsere Narbe mit serpiginierend zerfallenem Rande zwischen dem linken Schulterblatt und Wirbelsäule.

Weitere zum Teil zerfallene thalergroſse Narben auf den Schultern und Oberarmen.

Zerfallende Narben in den Augenbrauen und auf der Stirn. Weitere Narben über dem linken Jochbogen, in der linken Schläfe und vor dem rechten Ohre. Ebenso hinter beiden Ohren und auf dem behaarten Kopfe.

Schleimhäute und Knochensystem erwiesen sich völlig frei. Starke Nackendrüsenschwellung. Chlorose.

6. S., 24 J., Heizer, aufgen. 12. XI. 94.

Vor 14 Wochen Schanker. Dann Ausschlag auf der Seereise, der in Italien mit einer Spritzkur behandelt wurde. Jetzt: über dem ganzen Körper, am meisten auf dem Rücken, am wenigsten auf der Brust, bohnen- bis markstückgroſse, mäſsig dicht stehende kupferfarbene Pigmentnarben von pustulösen Syphiliden. Myositis luetica des M. biceps dext. Pleuritis dextra. Geheilt entlassen am 2. I. 95.

7. P., 28 J., Matrose, aufgen. den 29. X. 96.

Infektion vor 4 Monaten in Iquique.

Seit 3 Monaten Ausschlag; vom Kapitän des Schiffes mit Jodkalium und Einreibungen von grauer Salbe behandelt. Vor 3 Wochen operierte der Kapitain ihm einen rechtsseitigen Bubo.

Status praesens: Livide indurierte Narben auf dem inneren Präputialblatte.

Auf beiden Unterschenkeln zahlreiche bohnen- bis pfennigstückgroſse dunkellivide Narben; einzelne derselben zeigen ein helleres Zentrum und dunkleren pigmentierten Saum.

Aufserdem an jedem Unterschenkel über der Vorderfläche der Tibia, genau symmetrisch sitzend, je eine fast handtellergroſse, nierenförmige, pigmentierte Narbe, der Rand aus einzelnen orbikulären schuppenden Syphiliden bestehend. Auf den

Armen und am Rücken zahlreiche kupferfarbene, frische Narben. Der Kopf dicht besetzt mit erbsengroſsen papulosquamösen Syphiliden. Schleimpapeln der Lippen, Zunge und des Rachens.

Am 23. XI. geheilt entlassen.

8. W., 25 J., Zimmermann, aufgen. den 19. V. 94.

Infektion Mai 1893 in Hamburg. Ulcus mit Hg-Einreibungen behandelt. Trotz der Einreibungen entstanden braune Flecke am Körper, deshalb Injektionskur. Als auch dies nichts half Jodkalium. Dann von einem Naturpfuscher behandelt.

Kommt mit pfennig- bis markstückgroſsen lividen Narben an den Unterschenkeln zur Aufnahme. Gleiche Narben bestehen an den Unterarmen; am rechten Oberarm handbreit unter dem Schultergelenk; handbreit vor und hinter der Spina iliaca ant. sup. sin. Am rechten Unterarm, an der hinteren Seite beider Oberschenkel, am rechten Unterschenkel peripher zerfallene und ulcerierte Narben. Thalergroſses serpiginierendes Ulcus am linken Unterarm und rechten Oberarm. Kleinere serpiginierende Ulcera am Halse; ebenso auf dem Hinterkopfe, in den Nasolabialfalten.

3. VII. Harter Knoten im linken Hoden. Gegen Revers gebessert entlassen.

9. Wee., 36 J., Gastwirt, aufgen. den 24. Juli 1896.

Infektion Januar 1896 in Hamburg. Ende Januar Ulcus durum.

März 1896. Roseola. Schmierkur. Ung. cin. D. XXV.

Ende März starke Glieder- und Gelenkschmerzen.

April 1896. Pap. muc. oris.

Anfang Juli 1896. Allgemeine, nicht sehr starke Drüsenschwellung. Links über der dritten Rippe, sodann am Rücken über der Spina scapul. sin. der neunten Rippe und über dem Ansatz des M. glutaeus maximus je ein mit Borken besetztes, erbsen- bis pfennigstückgroſses Syphilid. Pap. muc. conjunctivae dext. Auf dem behaarten Kopfe acht typische, tiefgreifende ulceröse Syphilide von unregelmäſsiger Form und Gröſse (bohnen- bis thalergroſs). Einzelne kleinere Ulcera über den behaarten Kopf zerstreut. Über den beiden Stirnbeinen Narben von ulcerösen Syphiliden. Die hinteren Gaumenbögen stark gerötet. Groſse Ulceration auf dem linken vorderen Gaumenbogen, auf die Tonsille übergreifend. Potatorium zugestanden. Guter Ernährungszustand, obwohl Patient seit Anfang des Jahres 30 Pfd. verloren haben will. Gew. 77 kg.

Geheilt entlassen am 27. VIII. 96.

10. P., 34 J., Matrose, aufgen. den 20. Juli 1898. Geboren in Tatola in Westindien (westindischer Neger).

Infiziert Mitte Januar 1898 in Rangoon von einer Eingeborenen. 8 Tage post coitum Schanker. Ende Januar ging Patient in ein englisches Hospital in Rangoon. Nach 11 Tagen war der Schanker unter lokaler Behandlung geheilt. Am 10. März verlieſs er an Bord eines Segelschiffes Rangoon. Anfang April brach der Schanker spontan wieder auf. Ende April kleine „bladders“ an den Unterschenkeln, die schnell zu Geschwüren zerfielen. Während die älteren Geschwüre spontan heilten, traten immer neue Geschwüre auf den Armen, Beinen, an Rumpf und Kopf auf. Vom Kapitän wurde Patient mit Jodkalium behandelt. Am 20. Juli Ankunft in Hamburg, ohne daſs inzwischen ein anderer Hafen angelaufen war.

Status praesens: Gew. 66 kg. Mittelkräftiger westindischer Neger, klagt über Schmerzen in Knie- und Ellenbogengelenken. Die Glans penis sieht wie abgemagt aus. Der gröſste Teil des anfangs offenbar die ganze Oberfläche der Glans einnehmenden Initialgeschwürs ist geheilt, livide, grubig vertieft und hebt sich dadurch scharf ab gegen die spärlich erhaltenen Inseln und Streifen normalen Gewebes. Um das Orificium urethrae besteht noch ein hufeisenförmiger, schinkenfarbener Rest des

[nitialgeschwürs; dasselbe ist knorpelhart induriert, ebenso die Vorhaut, deren Innenblatt mit Narben bedeckt ist.

Allgemeine indolente Drüsenschwellung. — Zahlreiche linsen- bis groschengroſse rundliche, zum Teil oberflächlich schuppende Pigmentnarben abgeheilter ulceröser Syphilide befinden sich auf den Fuſsrücken, den Unter- und Oberschenkeln, auf den Armen und am Rücken. — Zahlreiche — im ganzen 40 — groschen- bis fünfmarkstückgroſse ulceröse Syphilide befinden sich auf den Beinen, den Armen, auf dem Rücken, im Gesicht und auf dem behaarten Kopfe. Die Geschwüre zeigen zum gröſsten Teil mehr oder weniger ausgesprochene Nierenform, einzelne der gröſseren sind deutlich hufeisenförmig.

Mund und Rachenorgane sind frei.

13. VIII. Unter Sublimatumschlägen und Jodkalium, später unter Hg-Pflasterverbänden sind alle Ulcera geheilt. Die Narben sind fleischfarben, von einem dunklen, schwarzbraunen Pigmentring umzogen. Zwei Narben auf der Auſsenseite des linken Oberarmes sind keloid geworden. Die Gelenkschmerzen sind geheilt.

25. VIII. Alles ist geheilt. Die Narben haben sich nicht wesentlich mehr verändert. Das Allgemeinbefinden hat sich auſserordentlich gehoben. Gew. 72,5 kg.

Geheilt entlassen am 25. VIII. 98.

11. M., Robert, 30 J., Kaufmann, aufgen. den 27. VI. 97.

Anfang Januar 1897 Infektion bei einer Indianerin in Amapola (Honduras). Anfang Februar bemerkte Patient zuerst ein kleines Geschwür auf der Innenseite der Vorhaut. 8 Tage danach begab er sich in ärztliche Behandlung in San Salvador. Er bekam wöchentlich eine Hg-Einspritzung, im ganzen fünf. Örtlich wurde der Schanker mit Karbolsäure geätzt, mit Jodoform, später Airol verbunden. Innerlich Jodkalium. Schon Mitte Februar traten Drüsenschwellungen am Hals und Ausschlag auf der Stirn hinzu. Ende März kehrte Patient nach Amapola zurück. Das Ulcus der Vorhaut war noch nicht geheilt; nahm damals dreimal täglich eine Hg-Pille. April fühlte sich Patient wohl. Anfang Mai traten aber dann Stellen im Halse mit starken Schluckbeschwerden auf. Mitte Mai war wiederum alles geheilt.

Ende Mai Schmerzen im linken Auge und Fleck auf dem linken Handgelenk. Am 27. Mai schiffte sich Patient nach Europa ein. Unterwegs zerfiel die Stelle am linken Handgelenk zu einem schnell wachsenden Geschwür, ferner bildete sich am linken Knie ein weiteres Geschwür. Vor 14 Tagen Ankunft in New York. Dort und auf der Rückreise entwickelten sich neue Stellen im Nacken, am Hinterkopf, auf Rumpf und Gliedern. Patient hatte während der Rückreise die erkrankten Stellen mit grauer Salbe verbunden und Jodkalium genommen. Gew. 53 kg.

Status praesens: Mittelkräftiger, junger Mann. Indolente Drüsenschwellung mäſsigen Grades in den Leisten und am Halse.

Das Frenulum praeputii ist zerstört. An dessen Stelle und auf der Unterfläche der Glans penis findet sich die dreieckige, livide, noch deutlich indurierte Narbe des Primäraffektes. Zwei linsen- bis kirschkerngroſse, mit trockener Borke bedeckte rupiaähnliche Syphilide auf der Glans oben und auf dem Penisschafte.

Auf dem Hinterkopf, im Nacken, auf dem linken Handrücken, am rechten Zeigefinger, Brust, Rücken, Armen und Beinen locker verstreute 10-pfennigstück-groſse, ulceröse Syphilide, zum Teil noch in Zerfall begriffen, der Grund speckig, zum Teil zentral beginnende Heilung zeigend. Dazwischen an Rumpf und Gliedern braunrote, an der Oberfläche schuppende Knotensyphilide und Übergangsformen zu ulcerösen Syphiliden.

Auf dem Zungenrücken Plaques lisses. Keine Alopecie. Kein Leukoderma. Blasse Gesichtsfarbe.

21. VII. Stomatitis mercurialis.

23. VII. Noch einige linsengroſse Reste von Merkurialgeschwüren auf der Innenseite der linken Wange. Die ulcerösen Syphilide sind mit lividen roten Narben geheilt. Keine Alopecie. Kein Leukoderma. Geheilt entlassen. Gew. 55 kg.

(Patient erhielt Sublimatvollbäder 15,0 : 200,0 und rieb dann 12 mal mit Ung. cin. ein.)

12. Schli., 29 Jahre, Steward, aufgen. den 14. I. 1897.

Vor 15 Monaten in Rangoon von einer Birmanerin infiziert. Ulcus durum im Sulcus. Auf See mit innerlichen Mitteln 6 Wochen lang behandelt. Dann in Zanzibar 4½ Monate in einem französischen Hospital. Innerlich erhielt Pat. dort wieder Medizin. Keine Einreibungen, keine Einspritzungen. Ungeheilt entlassen. Auf der Heimfahrt erhielt er vom Arzte Jodkalium wegen bestehender Geschwüre am Rumpfe. Gew. 50 kg.

Status praesens: Abgemagertes, blasses, elend aussehendes Individuum. Im Sulcus coronarius glandis oben noch leicht indurierte Narbe des Primäraffektes. Auffallend geringe Schwellung der Inguinaldrüsen. Zahlreiche Narben finden sich auf Armen und Beinen, spärlicher am Rumpfe, reichlicher wieder an Stirn und Wangen. Dieselben sind linsen- bis markstückgroſs, offenbar aus ulcerösen Syphiliden hervorgegangen, kreisrund oder oval; das Centrum leicht vertieft, livide, von einem 1—3 mm breiten dunkelbraunen Pigmentsaume umgeben.

Auf der Innenseite des l. Kniees befindet sich über thalergroſses, kreisrundes, zerfallenes Hautgumma mit speckig belegtem Grunde.

Halbmondförmiger Defekt des l. Nasenflügels; die Stimme rauh und heiser. Hochgradige Alopecie.

Links vom After findet sich eine Fistel, aus welcher sich Urin mit Eiter untermischt entleert. Hochgradige Striktur in der Pars membranacea urethrae, durch welche Bougie No. I nur mit groſser Mühe eingeführt werden kann. (Ung. cin. 4,0 D. IV.)

14. II. Mit leichtem Fieber einsetzende intensive Stomatitis mercurialis. Schmierkur ausgesetzt.

15. II. Auffallend blasser, sehr reichlicher Urin (Menge 3100 ccm, spec. Gew. 1010). Im Harn weder Eiweiſs noch Zucker. Die Striktur ist jetzt für Bougie No. X durchgängig.

22. II. Die Fistel am After ist geschlossen, es hat sich statt dessen ein Abscefs gebildet, aus dem sich bei der Spaltung Eiter und Harn entleert. Das Gumma am l. Kniegelenk hat sich gereinigt (Sublimatwasserumschlag), zeigt aber keine Tendenz zur Heilung. Profuse Diarrhoen. Im Stuhl viel Schleim.

28. II. Der Durchfall ist geschwunden.

2. III. Pat. ist fieberfrei.

27. III. Pat. hat wieder 4 mal mit Ung. cin. eingerieben.

31. III. Wieder intensive Stomatitis mercurialis. Das Gumma am l. Knie ist geheilt.

7. IV. An der r. Tibia in der Mitte der Innenseite haben sich 2 etwas über erbsengroſse, sehr schmerzhafte periostitische Verdickungen gebildet. Die Schmerzen sind besonders abends stark. Die Stomatitis ist noch nicht geheilt.

Frische, zum Teil schuppende, zum Teil mit gelben Borken bedeckte Hautsyphilide von hellbraunroter Farbe von Fünfpfennig- bis Markstückgröſse sind wieder auf Brust und Armen und dem behaarten Kopfe entstanden. (Natr. jodat.)

19. IV. Beginn der Behandlung mit Thyreojodintabletten. 1 Tablette.

22. IV. 2 Tabletten.

25. IV. 3 Tabletten. Die ulcerösen Syphilide heilen ab. Gew. 51 kg.

29. IV. 4 Tabletten. Nur noch vereinzelte schuppende Syphilide an den Armen.

2. V. 5 Tabletten. Frisches Gumma der r. Mamma.

8. V. 6 Tabletten. Das Gumma der Mamma ist bis auf einen kleinen Rest resorbiert.

21. VI. Alle ulcerösen Syphilide sind mit typischen Narben völlig abgeheilt. Pat. hat sich ganz aufserordentlich erholt; wiegt jetzt 57 kg. Die Striktur der Urethra ist für Bougie No. XI bequem durchgängig. Geheilt entlassen.

18. B., 24 Jahre. Heizer, aufgen. den 31. XII. 1896.

Vor 1 Jahr Ulcus durum, infiziert in Hongkong von einer Chinesin. In Hongkong und Rio mit Hg-Pillen behandelt. Im Juli zuerst grofse Hautgeschwüre an Armen und Beinen, lag 6 Monate in Rio. Bisher nicht geheilt.

Status praesens: Bis fünfmarkstückgrofse typische, livide Narben ulceröser Hautsyphilide an Unterarmen, Oberschenkeln, Gesäfsbacken. Markstückgrofses zerfallenes Gumma vorn in der Mitte der r. Tibia, ebenso vor der l. Tibia, ein drittes unter dem l. Mallcolus intern. Kleinpapulöses schuppendes Syphilid in Gruppen, die vielfach um eine Mutterpapel gruppiert sind, auf dem Rücken, den Armen und Beinen, am Halse und auf den Backen. Die verkürzte Uvula ist durch strahlige Narben nach hinten und rechts verzogen. Auf dem weichen Gaumen ein zweimarkstückgrofses, rundliches, speckig belegtes Ulcus. Kein Leukoderma, keine Alopecie.

Geheilt entlassen am 11. II. 97.

14. Ha., 22 Jahre, Steward, aufgen. den 30. XII. 1897.

Am 22. IX. 1897 Infektion bei einer Chinesin in Singapore. 8 Tage später Tripper. 4 Wochen danach Schanker auf dem Innenblatt des Präputiums. Vom Schiffsarzt mit Schmierkur (4 Touren zu je 4mal) und Jodkalium, lokal mit Jodoform und Spaltung der Phimose behandelt. 8 Tage nachdem sich Pat. krank gemeldet hatte, bildete sich links ein Bubo inguinal., der an Bord des Schiffes gespalten wurde. 8 Wochen post coit. trat zuerst ein Ausschlag auf in Form bohnengrofser Geschwüre an den Beinen, auf den Armen und dem Rücken. Die Schmierkur wurde ausgesetzt und Pat. mit Pulvern und Jodkalium behandelt. Der Ausschlag nahm aber an Ausdehnung zu. Am 29. XII. 97 kommt Pat. in Hamburg an. Gew. 52 kg.

Status praesens: Abgemagerter, elend aussehender und hochgradig anämischer Mann.

Geheilte dorsale Spaltung der Vorhaut. Im Sulcus coronarius oben befindet sich der bohnengrofse, schinkenfarbene, indurierte Rest des Primäraffektes.

Livide, frische Bubonenschnittnarbe in der l. Leistenbeuge. Keine nennenswerte Lymphdrüsenschwellung. Ulceröse Syphilide von Kirschkern- bis Thalergröfse auf Armen und Beinen, Gesicht, Bauch und Rücken locker verstreut. Am zahlreichsten sind die Geschwüre auf dem Rücken.

Die Ulcera bieten verschiedene Stadien. Die kleinsten sind mit eingetrockneten Borken bedeckt, nach daren Abheben das kreisrunde, scharf abgegrenzte Geschwür zum Vorschein kommt. Die gröfseren Geschwüre zeigen eine stark eiternde, leicht blutende Granulationsfläche. Die ältesten zeigen im Innern Vernarbung und Überhäutung und peripher Zerfall. — Zahl der Geschwüre:

Auf dem Rücken	18
Brust.....	1
r. Arm	5
l. Arm	8
l. Bein.....	20
r. Bein.....	15
Im Gesicht.....	3
Summa	70

17. I. 98. Die Geschwüre auf dem Rücken sind in Abheilung begriffen, dagegen zeigen diejenigen an den Gliedern und im Gesicht fortschreitenden Zerfall sowohl in die Tiefe wie peripherwärts. Die Randpartien der Geschwüre sind mit grünlichgelben nekrotischen Massen bedeckt. (Sublimatbäder 20,0 pro balneo.)

21. I. Kein Fortschritt in der Heilung. Behandlung mit Jodothyrintabletten, anfangend mit 1 Tablette. Die Sublimatbäder werden ausgesetzt, statt dessen warme Bäder.

2. II. Kein Fortschritt. Abendliche Temperatursteigerungen über 39° C. Erhebliche Pulsbeschleunigung. In dem reichlichen (2500 ccm pro die, spez. Gew. 1017) hellgelben Urin kein Eiweifs, kein Zucker.

3. II. Pat. hat nachts profuse asthenische Schweifse. Hat Herzklopfen. Klagt über Stiche in der l. Brusthälfte. Kein objektiver Befund. Das Jodothyrin wird schrittweise ausgesetzt.

5. II. Das Jodothyrin ist fortgelassen worden. Der Rücken ist jetzt bis auf minimale Reste geheilt. Keine Besserung der Geschwüre an den Gliedern. Schmierkur 2,0 pro die.

11. II. Die Schmierkur ausgesetzt, da ohne jeden Erfolg. Im Gegenteil fortwährender Zerfall der Geschwüre an den Gliedern. Abnahme der Kräfte. Am Rücken fangen wieder einzelne Stellen an zu zerfallen. Pat. erhält Roborantien: Decoct. Chinae. Mixt. Stokes.

26. II. Über beiden unteren Lungenlappen bis zum Angulus scapulae feuchte bronchitische Geräusche.

4. III. L. h, u. pleuritisches Reiben. Die Geschwüre zeigen keinen nennenswerten Fortschritt. (Sol. Natrii jodati. Seesalz- und Kamillenbäder.)

10. IV. Die Geschwüre haben sich nicht mehr vergröfsert, zeigen aber auch keine Besserung.

Pat. kann heute den l. Oberarm nicht heben. Der erhobene Arm fällt kraftlos herunter. Schultergelenk frei. Es bestehen keine Sensibilitätsstörungen, Nervenstämme nicht druckempfindlich. Keine neuralgischen Schmerzen. Wirbelsäule beim Beklopfen nicht schmerzhaft. Pupillen gleich und mittelweit, reagieren prompt in jeder Beziehung. Keine Sphinkterenstörung. Patellarreflexe normal.

Unterarm und Hand kann Pat. bewegen.

11. IV. Der rechte Oberarm ist heute in gleicher Weise wie der linke schlaff gelähmt. Sonst keine Störungen des Nervensystems. (Schnell steigende Gaben von Jodnatrium.)

13. IV. Pat. kann beide Arme wieder etwas heben und die erhobenen halten.

15. IV. Die Lähmung der Oberarme ist heute völlig verschwunden.

18. IV. Die Geschwüre werden allmählich flacher und reinigen sich. Die Oberarme sind dauernd frei geblieben. (12 Efsl. Sol. Natr. jodati 4,0/120,0.)

7. V. Fortschreitende Heilung. 12,0 Jodnatrium pro die. Pat. nimmt beträchtlich an Körpergewicht zu.

18. V. Am Rande der Geschwürsflächen an den Unterschenkeln besteht immer noch geschwüriger Zerfall.

3. VII. Die Geschwüre an den Unterschenkeln sind fast völlig geheilt. Die Narben sind noch sehr zart.

2. VIII. Pat. hat sich aufserordentlich erholt; wiegt jetzt 64 kg.

Die ulcerösen Syphilide sind mit typischen Narben geheilt. Die Narben sind livide, glatt, zum Teil strahlig, von einem schmalen Pigmentsaum umzogen. Einzelne der Narben sind keloid.

An den Unterschenkeln befinden sich grofse, livide Narbenflächen, von einem

keloiden Saume umzogen. Auf dem r. Unterschenkel umgreift die Narbe die ganze Circumferenz des Beines, bis auf einen 1—2 fingerbreiten, longitudinalen Streifen normaler Haut. Links am Unterschenkel circuläre Narbe, die die untere Hälfte völlig umgreift. Geheilt entlassen.

Pat. hat sich März 99 wieder vorgestellt und ist in den letzten 8 Monaten völlig recidivfrei geblieben.

Dann traten vereinzelt kleine Stellen an den Beinen auf. Pat. wurde deshalb vom 8. V. bis 1. VI. 99 in der akademischen Heilanstalt in Kiel mit Calomelpillen, Jodkalium und Hg-Injektionen behandelt.

Am 7. IX. 99 wieder Aufnahme hier im Alten allgemeinen Krankenhause, weil seit 14 Tagen 2 Geschwüre auf dem Bauche und am r. Ellenbogen entstanden sind. Gew. 52 kg.

Pat. ist hochgradig abgemagert und anämisch. Ausgedehnte Narben von ulcerösen Syphiliden auf Rücken, Brust, Armen und Beinen, auf der r. Backe und dem l. Supraorbitalbogen. Die Narben sind teils weißlich, teils livide, glatt, seidenartig glänzend, leicht vertieft, zum Teil noch von einem schmalen Pigmentsaume umgeben. Beide Hoden fühlen sich auffallend derb und fest an, der rechte ist deutlich vergrößert. Der r. Nebenhoden verdickt und schmerzhaft.

Nierenförmiges ulceröses Syphilid von Groschengröße, in der Oberbauchgegend rechts 3 Querfinger breit von der Linea alba entfernt. Ein zweites, pfennigstückgroßes, rundes, central vernarbendes Geschwür auf der Streckseite des r. Unterarms 3 Querfinger unterhalb des Olecranon. Im Harn kein Alb., kein Sacch.

15. Br., Matrose, 30 Jahre alt, aufgen. 16. IX. 98.

Pat. infizierte sich, 16 Jahre alt, in Singapore bei einer Japanerin. Er bemerkte 3 Wochen später 2 Schanker, am Innenblatt der Vorhaut und am Frenulum, die im Laufe von 4 Wochen ohne ärztliche Behandlung heilten. Ein ganzes Jahr hindurch soll sich dann nichts weiter gezeigt haben. Danach traten groschen- bis markstückgroße runde und längliche Geschwüre zuerst an den Beinen, dann auf dem Rücken, den Armen, zuletzt auf dem Kopfe auf. Pat. lag deshalb 7 Monate lang im Hospital in Mobile (Südamerika), erhielt Sublimatbäder und Jodkalium und wurde geheilt entlassen. Nun war Pat. 3 Jahre völlig gesund. Danach traten während zweier Jahre sehr heftige, besonders nächtliche Schmerzen auf in Armen, Beinen und in der Stirngegend, gleichzeitig besonders auch Schmerzen beim Schlucken. Von Zeit zu Zeit brachen einzelne Geschwüre wieder auf. Pat. begab sich deshalb in Liverpool in ärztliche Behandlung, wo er 45 Einreibungen mit Ung. cin. und Jodkalium erhielt, geheilt entlassen wurde und 2 Jahre lang wieder frei blieb von Beschwerden.

Darauf wieder zeitweises Auftauchen einzelner Geschwüre und Wiederkehr der nächtlichen Schmerzen, was Pat. veranlaßte, sich einen großen Topf mit grauer Salbe zu kaufen. Er gebrauchte nun ohne ärztliche Aufsicht eine Schmierkur. Anfang 1892 war der Vorrat grauer Salbe nach ca. 160 Einreibungen erschöpft. Seit Dezember 1897 neue Geschwüre auf der Brust, nächtliche Kopf- und Gliederschmerzen; ärztlich behandelt wurde Pat. nicht wieder.

Langer, magerer Mann. Gew. 56,5 kg. Geringe allgemeine Drüsenschwellung. Keine Alopecie. Kein Leukoderma. Im Sulcus coronarius dorsal in der Mittellinie eine alte, weißliche Narbe; das Frenulum durchlöchert.

Zahlreiche runde oder länglich ovale Hautnarben, von ulcerösen Syphiliden herrührend. Die Größe der Narben zwischen Kirschkern- und Fünfmarkstückgröße schwankend. Eine kleine Zahl jüngerer Narben, speziell über den Schulterblättern, ist livide rötlich gefärbt. Im übrigen die Mehrzahl der Narben weißlich, von einem

pigmentierten Saum umgrenzt, leicht vertieft und mehr oder weniger deutlich strahlig. Zahl der Narben:

Auf dem Rücken 53; auf dem Bauche 0; auf der Brust 12, auf Hals und Nacken 4, dem behaarten Kopfe 10; auf der Stirn 7; auf Wangen, Kinn, Nase und im Schnurbart 9; am r. Arm 5, r. Handrücken 2; am l. Arm 20, am l. Handrücken 2; am r. Oberschenkel 11; r. Unterschenkel 14; r. Fufsrücken 0; am l. Oberschenkel 9; l. Unterschenkel 10; l. Fufsrücken 3.

Am Warzenhof der l. Mamilla oben befindet sich ein gut groschengrofses, länglich ovales ulceröses Syphilid. Der scharf abgegrenzte Rand des Geschwürs ist von einem ca. 3 mm breiten, lividen, infiltrierten Saum umzogen. Aus dem Centrum des Geschwürs erhebt sich eine kirschkerngrofse, gereinigte, frischrote Granulationsmasse, während die Umgebung speckig belegt ist.

Die Uvula ist zerstört, der weiche Gaumen geschrumpft, die hinteren Gaumenbögen sind grofsenteils mit der hinteren Pharynxwand narbig verwachsen. Die ganze vordere Partie der Zunge ist verdickt, induriert, schwer beweglich, beide Zungenränder narbig. Am l. Zungenrande besteht ein kirschkerngrofser, graurötlich prominenter Knoten.

L. Hoden und Nebenhoden normal. Der r. Hoden und Nebenhoden ist in einen gänseeigrofsen, derben, knolligen, nicht schmerzhaften Tumor verwandelt. Die inneren Organe ohne Besonderheiten.

In der Mitte der Innenseite der r. Tibia besteht eine 4 Finger breite flache, nicht schmerzhafte Knochenauftreibung. Links an der Grenze zwischen unterem und mittleren Drittel an der Innenseite eine flachbucklige Vorwölbung, die auf Druck und Beklopfen enorm schmerzhaft ist.

In der Mitte der r. Ulna eine 3 Finger breite, spindelförmige, etwas schmerzhafte Verdickung; rechts eine 11 cm lange, spindelförmige, auf Druck enorm schmerzhafte Auftreibung. Femora, humeri, claviculae, costae, vertebrae frei.

Glabella auf Druck und Beklopfen sehr empfindlich. In der Mitte zwischen beiden Tubera frontalia befindet sich eine groschengrofse, flachbucklige, auf Druck und Beklopfen sehr schmerzhafte Verdickung.

Knöcherne und knorplige Nase intakt. Im Harn kein Alb., kein Sacch.

Am 24. X. 98 mufste Pat. auf seinen Wunsch ungeheilt entlassen werden. Gew 58,5 kg. (Krankengeschichte von Herrn Dr. Manchot.)

Später beobachteter Fall von Syphilis maligna.

P., Conrad, 24 Jahre, Matrose, aufgen. am 5. II. 1900.

Früher stets gesund, speziell niemals geschlechtskrank. Die Mutter lebt und ist gesund. Der Vater soll nach 8tägiger Krankheit an „Kehlkopfkatarrh“ im 54. Lebensjahre gestorben sein. Eine Schwester leidet an Bleichsucht, 2 starben an Kinderkrankheiten, die übrigen 6 Geschwister sind völlig gesund.

Infiziert am 4. XI. in Liebau bei P. P. Nach 3 Tagen waren rechts und links neben dem Frenulum praeputii Geschwüre entstanden, die unter Jodoformbehandlung nach 14 Tagen heilten.

Am 15. XII. brachen die bereits vernarbten Schanker von neuem auf. Auf der Reise liefs sich dann Pat. in Lissabon von einem deutschen Arzte einen inzwischen entstandenen Bubo öffnen (am 10. I.). Am 20. I. trat auf der Heimreise ein Ausschlag über den ganzen Körper auf.

Bisher nicht antisyphilitisch behandelt, speziell keine Schmierkur.

Der Ausschlag zeigte sich zuerst mit Stellen in den Seitenteilen des Rumpfes, dann mit Geschwüren auf dem behaarten Kopfe. Gew. 68,5 kg.

Dürftig genährter, elend aussehender Mann.

Rechts neben dem Frenulum praeputii im Sulcus retroglandularis ein halbbohnengroſses, stark eiterndes Geschwür, mit zackigen, ausgefressenen, dabei verdickten Rändern; links an entsprechender Stelle ein fünfpfennigstückgroſs Geschwür mit knorpelharten Rändern, ebenfalls stark eiternd.

Die dem Frenulum zugewendete Hälfte der Mündung der Urethra ist von einem linearen, gelblich belegten Ulcus eingenommen. Geringes Ödem — kein Sklerödem — des Präputium. Kein dorsaler Lymphstrang. Die rechte Leistenbeuge ohne fühlbare Drüsen. In der l. Leistenbeuge findet sich die ca. 4 cm lange, sehr tiefe, granulierende Wunde eines incidierten Bubo, daneben einige dattelkerngroſse harte, schmerzlose Lymphdrüsen.

Auf den Armen, besonders an der Streckseite der Vorderarme, auf den Schultern, auf dem Gesäſs, an den Waden locker verstreute linsengroſse, kupferbraune Papeln, die an einzelnen Stellen mit dünnen Krusten, an anderen mit Rupiaborken bedeckt sind.

In beiden Flanken des Rumpfes, vorn links auf der Brust, sowie rechts in der Parasternallinie neben dem Proc. xiphoidens (1) und auf dem Rücken (2) befinden sich eine Anzahl bis thalergroſse, kreisrunde, ulceröse Syphilide mit aufgeworfenen Rändern und schmierigem Grunde. Die gröſsten Ulcera sind in den Seitenteilen des Rumpfes, die kleineren auf Brust und Rücken. Ein fünfpfennigstückgroſses Geschwür befindet sich rechts unterhalb des Condyl. internus an der Innenseite des Vorderarmes.

Cubital- und Cervikaldrüsen sind stark geschwollen. Kein Leukoderma. Auf dem behaarten Kopfe befinden sich zahlreiche, kupferbraune, linsengroſse Papeln, die zum Teil im Zerfall begriffen sind. Es finden sich im ganzen 7 linsen- bis fünfpfennigstückgroſse, kraterförmige, kreisrunde ulceröse Syphilide auf dem behaarten Kopfe.

Auf Stirn, Wangen und Kinn locker verstreute Papeln, die besonders in der Lippenkinnfurche zu erbsengroſsen Tuberkeln gewuchert sind. Gummöse Infiltrate befinden sich an beiden unteren Augenlidern in halbbohnengroſser Ausdehnung. Die Anschwellung des rechten unteren Augenlides und der Conjunct. palpebr. central gelblich verfärbt. Ein linsengroſses, speckig belegtes Ulcus befindet sich links auf dem hinteren Gaumenbogen im untersten Abschnitt hinter der Tonsille. Harn ohne Alb., ohne Sacch.

Pat. hat gestern Abend 38° Achseltemperatur.

13. II. Pat. ist fieberfrei, das Ulcus auf dem linken hinteren Gaumenbogen fast völlig geheilt.

15. II. Die Ulcera am Rumpfe machen gute Fortschritte in der Heilung, dagegen sind auf dem behaarten Kopfe einige neue ulceröse Syphilide aufgetreten. Von heute ab 6,0 Natr. jodati pro die.

23. II. Die meisten der ulcerösen Syphilide sind geheilt; auch diejenigen des behaarten Kopfes in Heilung begriffen. Die Ulcera zu beiden Seiten des Frenulum praeputii sind jetzt völlig vernarbt, aber mit Hinterlassung einer in die Fossa navicularis urethrae führenden Fistel; beim Urinlassen kamen hier nur wenige Tropfen durch.

23. III. Die ulcerösen Syphilide sind sämtlich völlig überhäutet; auch die des behaarten Kopfes. Die Fistel in der Fossa navicularis besteht wie früher.

Leistenlymphdrüsen wenig vergröſsert, sonst keine Lymphdrüsenschwellung. Keine Alopecie, kein Leukoderma. Gew. 64,0 kg.

Entlassen am 23. III. 1900.

Natrium jod. 4,0—120,0 b. 10 Eſsl. pro die. Ungt. cin. 4,0 dos. 4.

Sublimatbäder 15,0—100,0 pro Bad, jeden zweiten Tag ein Bad.

Litteraturverzeichnis.

1. Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
2. — Über Syphilis maligna. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1882. IX, 4. S. 619.
3. Kopp, Über Syphilis maligna. *Münch. med. Wochenschr.* 1888. XXXIV, 42, 43.
4. Haslund, Über Syphilis maligna. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897. III.
5. Ory, Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces. Paris 1876.
6. Neisser, Internation. Dermatolog. Kongrefs. London 1896.
7. Mauriac, Syphilis primitive et Syphilis secondaire. Paris 1890.
8. Jullien, Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1885.
9. E. Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1895.
10. J. Krowczynski, Syphilis maligna. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1880.
11. Fournier, Des facteurs de gravité de la syphilis. *Semaine médicale.* 1886. — Ref. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1880.
12. Bäumler, Syphilis. *v. Ziemssens Handb.* Leipzig 1886.
13. O. Heubner, Syphilis im Kindesalter. *Gerhardts Handb. d. Kinderkr.* 1896.
14. Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart 1888.
15. I. Neumann, Syphilis. *H. Nothnagels spes. Pathol.* Bd. XXIII. Wien 1896.
16. Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis.
17. Duncan Menzies, A report on some recent cases of malignent Indian syph. treated with thyroid. extract. *Brit. med. Journ.* Juli 1894.
18. Popper, *Wien. klin. Wochenschr.* 1897.
19. Lancereaux, Traité historique et pratique de la syphilis. 1866.
20. Moreira, Etiologia da Syph. mal. précoce. Bahia 1891. — Ref. in *Ann. de Derm. et de Syph.* 1893.
21. Iven, Über Syphilis maligna. Diss. Tübingen 1891.
22. Baudouin, Contribution à l'étude des syph. graves précoces. *Thèse.* Paris 1889.
23. Ramonat, La Syphilis chez les scrofuleux. Paris 1883.
24. Emil Senger, Über die Beziehungen der Lungensyphilis zur Tuberkulose. Inaug.-Dissert. Berlin 1883.
25. Lainé, Contribution à l'étude des causes aggravantes de la syphilis. Paris 1886.
26. Ott, De la syphilis anomale grave. *Thèse.* Paris 1881.
27. Regoby, De la syphilis chez les personnes agées. *Thèse.* Paris 1887.
28. Jacquinet, Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Paris 1895.
29. A. Monti, *Kinderheilkunde.* Heft 8. Syphilis — Skrophulose. Berlin, Wien 1899.
30. G. Haberhauffe, Über Syphilis gravis. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1900.
31. G. Nobl, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 30, S. 101.
32. Möller, *Nordisk med. Arkiv.* 1897. VIII. Festband No. 14.
33. I. Neumann, Zur Ätiologie der Syphilis maligna. *Wien. med. Pr.* 1897. 38, 5.
34. Tarnowsky, Syphilis maligna. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896.
35. Fournier, *Ann. de Derm. et de Syph.* 1889.
36. Oppenheim, Die syphilit. Erkrankungen des Gehirns. In *Nothnagels spes. Pathol.*
37. Morel-Lavallée, Des formes graves de la Syphilis. Ref. in *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889.
38. Renault, Étude sur la syphilis contractée à un age avancé. Ref. in *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889.
39. Lepers, Syphilis et Paludisme. *Thèse de Lille.* 1889. — Ref. in *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889.

40. Schwimmer, Verhandlungen des Vereins ungarischer Dermatologen. Sitzungsber. vom 14. Januar 1897.
41. Montevardi, Dell' influenza antagonista fra la syphilide e la tuberculosi. *Centralbl. f. d. gesamte Med.* 1899. S. 1090.
42. Ross, Is Syphilis antogonistis to tuberculosis? *Medical record.* 1896. II. — Ref. im *Centralbl. f. Bakt.* Bd. XIX, S. 618.
43. Abrahams, Tuberculose et Syphilis. *Medical record.* 28. Dez. 1895.
44. Eugen Simon, Kombination von Syphilis und Tuberkulose in der Leber. Inaug.-Diss. Würzburg 1897.
45. Rindfleisch, Tuberkulose und Syphilis der Lungen. 1894. Tagebuch der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien.
46. Michelson, Ist Lichen syphiliticus das Produkt einer Mischinfektion zwischen Syphilis und Tuberkulose? *Virch. Arch.* Bd. 118, S. 556.
47. J. Rabl, Syphilis und Skrophulose. *Wien. klin. Wochenschr.* 1888.
48. Thorner, Ein Fall von Tuberkulinbehandlung eines an Syphilis und Tuberkulose leidenden Kranken. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892.
49. Mousson, Recherches cliniques sur la complication paludienne dans quelques intoxications. *Arch. de med. navale.* 47 u. folgde.
50. A. Hirsch, Histor. geograph. Pathologie. 1881.
51. Statistischer Sanitätsbericht über die Kaiserl. deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. April 1895 bis 31. März 1897 und 1897—1899.
52. Quinquaud, Étude sur la syphilis des vieillards. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1881. S. 507.
53. Sigmund, *Wien. med. Wochenschr.* 1879.
54. Stieffel, De l'influence de la syphilis sur l'éclosion et évolution de la tuberculose. Nancy 1884.
55. Portucalis, Tuberkulose und Syphilis. *Zeitschr. f. Tuberk. u. Heilstättenw.* 1900.
56. Brandis, Über Syphilis gravis bei Ärzten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. XXIV.
57. Jadassohn, Handbuch der prakt. Medizin.

Aus der Praxis.

Über die Verwendung des Ichthyol Ammonium purum in der dermatologischen Praxis.

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

Schon seit mehreren Monaten habe ich das reine Ichthyol in der Klinik sowohl wie in der Privatpraxis bei der Behandlung verschiedener Hautkrankheiten zur Anwendung gebracht. Ich versuchte es zuerst bei der Impetigo oder Folliculitis staphylogenica (Bockhart) und in mehreren Fällen von Furunkeln oder allgemeiner Furunkulose. Das Ichthyol wurde täglich in dicker Schicht aufgetragen, die dann schnell wie ein Firnifs eintrocknete. Man kann die Eintrocknung auch noch beschleunigen, indem man die Masse mit Cigarettenpapier bedeckt, wodurch dann auch das Ankleben an die Wäsche verhindert wird. Unter dem Ichthyol trocknen die ganz kleinen Impetigopusteln schnell weg; die Furunkel erfahren darunter eine Erweichung ihrer Mitte und öffnen sich. Jeden Tag wird das gestrige Ichthyol mit dem Cigarettenpapier entfernt und der Eiter, der unter einem leichten Druck hervorsickert, abgespült; die periphere Entzündung und Infiltration vermindern sich dabei täglich, bis die Furunkel bei fortgesetzter Anwendung des Ichthyolum purum ausgeheilt sind. Auf diese Weise habe ich zum Teil recht umfangreiche Furunkel geheilt. Das Verfahren hat den doppelten Vorteil, dafs einmal jede Reizung der Umgebung vermieden und dafs zum andern jeder weitere Verband überflüssig wird.

Auf dieselbe Weise wurden auch einige Fälle von Sykosis des Bartes mit zum Teil recht beträchtlichen furunkulösen Knoten sowie einige Furunkel der Kopfhaut behandelt.

Ebenso war diese Behandlung mit dem reinen Ichthyol sehr erfolgreich in einem Falle von Follikulitis und Perifollikulitis der Kopfhaut; die Entzündungselemente standen hier teils einzeln, teils waren sie zu grofsen und ungeheuer angeschwollenen Flächen von Folliculitis agminata zusammengeflossen, wobei der Eiter aus verschiedenen Follikelöffnungen hervorquoll. Die tägliche Anwendung des Ichthyolum purum wirkte hier wie bei den Furunkeln aufweichend und den Eiter entfernend; die ungeheure Schwellung und Infiltration liefsen allmählich nach und die Heilung erfolgte innerhalb einiger Wochen. Desgleichen heilte ein Fall

von Kerion Celsi bei dieser Behandlung nach einigen Wochen. Sehr günstig waren die Erfolge auch in einem Falle von 8jähriger Sykosis subnasalis chronica, in zwei Fällen von Sykosis des Bartes und in einem Falle von Folliculitis decalvans der Kopfhaut. In diesen Fällen wurde 4—5 Tage lang neues Ichthyol auf die alte Ichthyolschicht aufgetragen, dann abgewaschen und dieses Verfahren bis zur völligen Heilung fortgesetzt.

Ferner wurden mehrere Fälle von Impetigo vulgaris (Unna) — Impetigo contagiosa —, von Ekthyma und zwei Fälle von Ekzema impetiginosum in dieser Weise erfolgreich behandelt; die impetiginösen und ekthymatösen Krusten trockneten schliefslich ein, während sich unter ihnen eine neue Epidermis bildete. Die Fälle von Impetigo vulgaris heilten innerhalb 8—14 Tagen, die Fälle von Ekthyma in ungefähr drei bis vier Wochen.

Weitere erfolgreiche Verwendung fand das Ichthyol in einem Falle von Herpes der Genitalien. Endlich sei noch einer grofsen atrophischen Narbe auf dem Kopfe erwähnt; dieselbe war stellenweise mit verdächtigen Wucherungen, die schon mehrere Monate bestanden, bedeckt. Auch hier bewährte sich das reine Ichthyol, indem es die Wucherungen in wenigen Tagen beseitigte und eine normale Narbe schuf.

Hautreizung oder Dermitis oder sekundäre Ekzematisation habe ich bei dieser Anwendungsweise des Ichthyols nie gesehen; es verursacht nur, auf Geschwürsflächen aufgetragen, ein vorübergehendes Brennen. Ich habe deshalb in einem oder zwei Fällen von Furunkeln, die in der Mitte ulceriert waren, auf die geschwürigen Stellen Empl. Hydrarg. (Unna) aufgelegt, die anderen Teile aber wiederum mit Ichthyol bedeckt und so das Brennen vermieden.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1900. Heft 6.

Zur Pathogenese des venerischen Bubo, von E. Nicosia. Verfasser hat beim Eröffnen von Lymphdrüsen nach Ulcus molle den Ducreyschen Bacillus konstatiert und mit dem Eiter solcher Drüsen wieder Ulcera reproduziert, in deren Sekret der spezifische Bacillus nachgewiesen werden konnte. Öfters findet man beim Eröffnen eines venerischen Bubo keine Bacillen; nach einigen Tagen (bei Ausschlufs jeder Infektion von aufsen) erscheinen dieselben aber, indem die in den Wandungen der Drüse zurückgebliebenen Bacillen sich entwickeln und ihre verlorene Virulenz wieder zurückerhalten. In vollständig vereiterten Bubonen sind keine Bacillen mehr vorhanden,

weil sie ihre Virulenz eingebüfst haben und abgestorben sind. Zuweilen kommt es aber auch, trotz des Vorhandenseins von Bacillen, in den Bubonen nicht zur Vereiterung dieser letzteren, weil wegen Fortbestehens der Abschwächung des Bacillus durch die Drüse dieser seine Virulenz nicht wiedergewonnen hat.

Auszug aus einer Arbeit über die Immunität der Tiere gegenüber der Blennorrhoe, von Gonzales. Verfasser hat mit Hunden und Meerschweinchen experimentiert und dieselben allen Arten von Traumen ausgesetzt (Hunger, Kälte, Blutentziehung, Immobilisation, Anstrengungen etc.), hat die Inokulationsstellen kauterisiert, die Schleimhäute skarifiziert und abgekratzt, ohne auch nur ein einziges Mal bei den genannten Tieren eine künstliche Blennorrhoe erzeugen zu können.

Weiteres über die Ästhiomene, von C. Calderone. Auf Grund von pathologisch-anatomischen Untersuchungen kommt Verfasser zum Resultate, dafs die Affektion einen einfachen, nicht spezifischen, chronischen, entzündlichen Prozefs darstellt, der ein lupöses Aussehen annehmen kann, ohne deshalb tuberkulöser Natur zu sein. Bei der Bildung dieser ulcerösen Prozesse kommt die schwere Schädigung der Gefäfse in Betracht, die durch zufällige sekundäre Infektionen erschwert werden. Öfters kann es zu einer klinischen, nicht aber zur anatomischen Heilung der Geschwüre kommen, so dafs die Recidive ohne erkennbare Ursache recht häufig sind. Die Syphilis wirkt zuweilen als prädisponierende, nicht aber als eigentliche Ursache und wahrscheinlich trägt sie zu einem grofsen Teile zur Erzeugung einer Arteriosklerose bei. Nach dem pathologisch-anatomischen Befunde in einem Falle von sehr langsam verlaufender Ulceration am Präputium eines Patienten liefse sich hypothetisch annehmen, dafs unter besonderen Verhältnissen sich einfache chronische Entzündungen auch an den männlichen Genitalien ausbilden können.

Über die angebliche Flüchtigkeit des Kalomels bei normaler Temperatur des menschlichen Körpers, von Simonelli. Die Untersuchungen des Verfassers stimmen mit denen von Soave vollständig überein und zeigen, dafs das chemisch reine Kalomel in Pulverform und in Form von Salben sich niemals verflüchtigt und bei einer Temperatur von 37° Spuren von Quecksilberdämpfen erzeugt. Über die Resorption des Kalomels durch die normale Haut wird Verfasser sich in einer späteren Arbeit auslassen.

Über die im menschlichen Muskelgewebe durch die Kalomelinjektionen erzeugten Veränderungen, von V. Allgeyer. Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32, S. 349.

Adenoma sebaceum und Naevus sebaceus, von Piccardi. Verfasser giebt eine Übersicht der Autoren, welche diesen Gegenstand behandelt haben und hebt unter anderen seine Landsleute Porta, Monti und Ajello hervor, von denen der erstere sogar derjenige war, welcher die erste Beschreibung der Affektion geliefert haben soll. Alle drei sind beinahe vollständig in Vergessenheit gefallen. Sie sind von Bandler, welcher die in der Litteratur beschriebenen Fälle kritisch behandelt hat, gar nicht angeführt worden. Andere Autoren, wie Unna, begnügen sich damit, die Arbeiten der genannten italienischen Autoren kurz anzuführen, ohne sich weiter darum zu kümmern. Verfasser beschreibt sodann zwei Fälle von sogenanntem Naevus sebaceus, welche Benennung mit der Morphologie und Anatomie der Dermatose nichts zu thun hat, sondern sich lediglich auf deren embryonalen Ursprung bezieht.

Ein Fall von Rupia malarica, von Sensini und Vignolo-Lutati. Fälle von Rupia bei Malaria wurden bereits von Manassei und Majocchi beschrieben. Der vorliegende betrifft eine 34jährige Frau, welche ziemlich intensiv an Malaria erkrankte und in Kachexie verfallen war. Im weiteren Verlaufe der Affektion traten an den unteren Gliedmafsen nach einander Blasen mit entzündlichem Hofe auf, die sich in

dicke Krusten umwandelten und schliefslich achromische Narben mit hyperämischem Hofe nach sich zurückliefsen. Neben mehreren derartigen pigmentlosen Flecken bestanden rundliche Geschwüre von verschiedener Gröfse und unregelmäfsig geformten Blasen mit trübem Inhalte. Syphilis konnte ausgeschlossen werden und nimmt Verfasser auf Grund des histologischen Befundes eine Rupia auf infektiöser Basis (Malaria) an.

Die Phototherapie von Finsen, von W. Bie. Verfasser, Assistent am Finsenschen Institut in Kopenhagen, berichtet über ausgezeichnete Resultate, die Finsen mit seiner Methode in verschiedenen Fällen von Lupus vulgaris und erythematosus, Alopecia areata etc. erzielt hat, welche definitiv geheilt wurden. *C. Müller-Genf.*

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Hautkrankheiten, von James Nevins Hyde und Frank Hugh Montgomery. 5. revidierte Auflage. Illustriert mit 111 Zeichnungen und 24 Farbendrucken. (Henry Kimpton, London 1900.) Verfasser, beide Professoren an medizinischen Schulen von Chicago und Vorstände von dermatologischen Krankenabteilungen, bieten hier ein sehr praktisches Handbuch, welches auf seinen 843 Seiten und mit seinen teils trefflichen Abbildungen das ganze Thema in nicht zu grofser Kürze und doch präciser, alles Unnötige weglassender Form bespricht. Dafs es bereits die fünfte Auflage seit dem Jahr 1883 erlebt hat, beweist wohl ebenfalls den Wert des Buches. Auch Ausstattung, Druck, Papier u. s. w. gereichen dem Verleger zu einer Ehre, die von dessen deutschen Kollegen bis jetzt noch wenig gewürdigt zu werden scheint.

Eine vortreffliche Idee der Herausgeber ist, bei den meisten Krankheiten nicht nur die lateinische resp. medizinische Bezeichnung nebst deren Ethymologie anzugeben, sondern auch den englischen, französischen und deutschen Namen gewissenhaft beizusetzen. Bei den wichtigsten Krankheiten ist auch deren statistische Häufigkeit (wohl für Amerika? Ref.) angeführt und der eigentlichen Beschreibung ein ganz kurzer Umrifs der Krankheitsform vorausgeschickt. Als einleitende Kapitel sind folgende, im ganzen 105 Seiten umfassende, anzuführen: I. Anatomie und Physiologie der Haut, II. Allgemeine Symptomatologie, III. Allgemeine Ätiologie, IV. Allgemeine Pathologie, V. und VI. Allgemeine Diagnose und Prognose und VII. Allgemeine Therapie. Die nun folgende Klassifikation der Hautkrankheiten ist nach dem von der amerikanischen dermatologischen Vereinigung im August 1878 angenommenen und im August 1884 revidierten Schema erfolgt; es ist nur eine Modifikation des zuerst von Hebra vorgeschlagenen. Es seien vorläufig die acht Klassen dieser Einteilung aufgezählt mit einzelnen Unterklassen: I. Krankheiten der Drüsen, 1. der Schweifs- und 2. der Talgdrüsen, wie Seborrhoe, Comedo, Milium, Steatom u. s. w.; II. Entzündungen, der umfangreichste Abschnitt, welcher die Exantheme, wie Masern, Scharlach u. s. w., das Erythema, Urticaria, Dermatitis (traumatica, medicamentosa u. s. w.), Erysipel, kokkogene und bacillogene Dermatosen, wie Furunkel, Anthrax, Sykosis, Impetigo, ferner Psoriasis, das grofse Kapitel des Ekzems u. a. m. enthält; III. Hämorrhagien, (Purpura in ihren verschiedenen Formen); IV. Hypertrophien, wie Lentigo, Chloasma, Keratosis, Clavus, Naevus pigmentosus, Ichthyosis, Hypertrichosis, Oedema, Scleroma neonatorum, Elephantiasis; V. Atrophien, wie Leukoderma, Vitiligo, Alopecie, Atrophia pilorum propria, Tinea nodosa, Kraurosis vulvae, Ainhum, Atrophia

cutis mit ihren verschiedenen Unterformen. Die VI. Klasse bildet die große der Neubildungen, wozu auch Syphilis, Lepra u. s. w. gerechnet wird. Die VII. Klasse ist die der sensorischen Dermatoneurosen, wie Hyperästhesie, Anästhesie, Prurigo, Myxoedema und die VIII. und letzte die der parasitischen Affektionen.

Nur einiges Wenige sei aus dem überreichen Material erwähnt. Sehr gewissenhaft sind beim Kapitel „Dermatitis medicamentosa" die meisten Mittel aufgezählt, welche eine solche hervorzurufen im stande sind, das Jodkalium als dasjenige hervorgehoben, welches die häufigsten und variabelsten Ausschläge verursacht. Die statistischen Angaben sind wohl nur cum grano salis aufzufassen, die Häufigkeit von Erythema multiforme, einer im allgemeinen wohl seltenen Hautaffektion, mit 1,627% gegenüber der Urticaria mit 2,762 erscheint zu hoch. Impetigo contagiosa ist mit 1,395, Psoriasis mit 3,675% angegeben. Beim Ekzema erscheinen die differentialdiagnostischen Angaben etwas zu weitgehend, es sind nicht nur Akne, Erysipel, Erythema, Herpes, Impetigo u. s. w., sondern auch Pemphigus, Pityriasis versicolor, Psoriasis, Tinea circinata, favosa, versicolor u. a. m. aufgeführt. Wegen der verschiedenen Art der Behandlung ist die Hervorhebung des Ekzems einzelner Körperteile, wie jenes der Nase, Ohren, Augenlider, Geschlechtsteile, sehr begrüßenswert. Die Einteilung der Syphilis wird folgendermaßen vorgenommen: 1. benigne S. mit oberflächlichen und vorübergehenden Symptomen; 2. benigne S. mit oberflächlichen und mehr oder weniger persistierenden Symptomen; 3. maligne S. mit tiefgehenden recidivierenden oder persistierenden Symptomen, die schließlich zur Resorption kommen, und 4. maligne S., wo diese Symptome schließlich zur Destruktion führen. Als Häufigkeit der Syphilis sind 10,98% angegeben. Bei der Behandlung mit Injektionen von Hydrarg. salicyl. jeden dritten Tag einzuspritzen, dürfte wohl etwas zu häufig sein. Beim weichen Schanker ist nach Verfasser die gewöhnliche Behandlungsart jene durch destruktive Kauterisation mit Salpeter- oder Schwefelsäure und meist nachfolgender trockener Pulverapplikation; das weit häufigere Auftreten von Bubonen nach diesen Ätzungen, wie es mit vielen anderen auch Referent erfahren hat, ist nicht erwähnt. Alle die seltenen Hautleiden, wie Parangi (in Ceylon), Donda Ndugu (in Central- und Ostafrika), Verruca peruviana, Framboesie sind nicht vergessen. Eine sehr gute, mit entsprechender Illustration versehene Beschreibung ist jene über die sog. Hefenmykose (Dermatitis blastomycetica), von welch seltenem Hautleiden die meisten Fälle in Amerika vorgekommen sind; differentialdiagnostisch käme vor allem die Tuberculosis verrucosa in Betracht. Wenn auch anerkennenswerter Weise den amerikanischen Gewichtsangaben (Grains und Minims) das bei uns gültige Grammsystem in vielen Fällen beigesetzt ist, so würden sich Verfasser den Dank aller nichtamerikanischen Leser erwerben, wenn diese Nebeneinanderstellung überall streng durchgeführt würde; noch besser wäre es allerdings, dieses Sondersystem völlig abzuschaffen und für die gesamte wissenschaftliche Welt das gleichartige Decimalsystem (Gramm u. s. w.) zur Geltung zu bringen. *Stern-München.*

Die innere Behandlung von Hautleiden. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker, Heft 5. (A. Stubers Verlag, Würzburg 1901.) In der bekannten präzisen und klaren Weise behandelt Jessner im vorliegenden fünften Hefte seiner Vorträge die interne Medikation bei Leiden der Haut. Er trennt die interne Therapie derselben in eine indirekte und direkte. Zu ersterer gehört ganz besonders die Regelung der Darmthätigkeit des Organismus, Bekämpfung der chronisch habituellen Verstopfung und Beseitigung der zu Autointoxikationen führenden Stoffe aus dem Intestinaltraktus. Die direkte interne Therapie zerfällt wiederum in eine diätetische und eine medikamentöse. Überreicher Eiweißgenuß ist einzuschränken; für das Fett

gilt dasselbe trotz Volksmeinung keineswegs. Anders gefährlich wie die Nährmittel sind die Genufsmittel Alkohol, Kaffee und Thee. Ersterer ist nie nutzbringend, sondern schädlich bei allen Dermatosen; Thee und Kaffee wirken besonders ungünstig bei pruriginösen Hautleiden, da sie das Jucken durch Steigerung der Nervensensibilität vermehren. Die medikamentöse interne Therapie und ein kurzer Abschnitt über Brunnenkuren bei Hautkrankheiten schliefsen das lesenswerte Werkchen.

Hopf-Dresden.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zweiter Teil: **Geschlechtskrankheiten**, von Max Joseph-Berlin. (Georg Thieme, Leipzig 1901.) In seiner dritten Auflage liegt uns das Josephsche Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, zweiter Teil, der sich mit den venerischen Krankheiten befafst, vor. Die schon früher erwähnten Vorzüge der Übersichtlichkeit, Klarheit und Gedrängtheit zeichnet auch diese Ausgabe aus. Einer späteren Auflage dürfte es vielleicht vorbehalten bleiben, die Abbildungen im Text etwas zu verbessern, denn die Holzschnitte des Buches stehen zum Teil nicht ganz auf der Höhe des Inhalts. Besonders für Studierende der Medizin ist das Lehrbuch Josephs recht empfehlenswert, doch wird es auch der allgemeine Praktiker mit Nutzen gebrauchen. Auch der Preis ist ein mäfsiger. Um Einzelheiten aus dem grofsen Material herauszugreifen, empfiehlt der Autor die Excision der syphilitischen Initialsklerose. Die Möglichkeit der Verhütung eines Ausbruches der Lues sei zwar prozentualiter betrachtet nur sehr gering, nicht zu unterschätzen sei es aber, dafs bei Excision des Primäraffektes der Verlauf der Syphilis vielfach ein milderer sei. (Dem steht stets die Frage gegenüber: Wäre vielleicht in dem betreffenden Falle die Krankheit auch ohne Excision der Sklerose nicht gleich mild verlaufen? D. Ref.) Die Reinfectio syphilitica nimmt Joseph als eine sichere Thatsache an. Er kennt nach seiner Angabe Fälle, wo Patienten sogar noch mit typischen Symptomen gummöser Lues sich von neuem infiziert haben. Nicht einmal zu den gröfsten Ausnahmen rechnet er diese Zweitinfektionen mit Syphiliegift und verlangt zur Stellung dieser Diagnose natürlich aufser dem harten Ulcus auch Drüsenschwellungen oder andere sekundäre, konstitutionelle Symptome, wie Roseola. Was den Ehekonsens für Syphilitische anbelangt, so giebt Joseph denselben, wenn nach den obligaten Kuren 2—1 Jahr recidivfrei verlaufen sind. Unmittelbar vor dem Eingehen der Ehe soll womöglich noch eine kräftige Inunktionskur vorgenommen werden. Von Hauptkuren läfst der Autor in den ersten zwei Jahren nach der Infektion vier vornehmen. Die erste soll stets eine Einreibungskur sein. Die zweite mag aus Injektionen löslicher oder unlöslicher Quecksilbersalze bestehen. Nach der dritten Hauptkur im dritten Halbjahr nach der Ansteckung — die Kur soll möglichst aus Einreibungen bestehen — setzt die Jodtherapie ein. Zur vierten Kur verlangt Joseph energisch die Schmierkur. *Hopf-Dresden.*

Manuale der neuen Arzneimittel für Ärzte, Apotheker und Drogisten, von F. Mindes. 3. Auflage. (Art. Institut von Orell-Füssli, Zürich 1900.) Das Buch enthält in sehr übersichtlicher Weise alle bis Ende April bekannt gewordenen Neuheiten, unter Hinzufügung der Identitätsreaktionen und Prüfungsmethoden, ferner ein therapeutisches Verzeichnis. Fast sämtliche Mittel sind bereits in dieser Zeitschrift besprochen worden, sodafs des näheren auf das Buch selbst verwiesen werden mufs.

A. Strauſs-Barmen.

Syphilis und Prostitution, von Prager. (Arwed Strauch, Leipzig 1900.) Die populär gehaltene Schrift weist auf die Gefahren hin, welche der Jugend durch die Prostitution drohen. In klarer Weise schildert sie die einzelnen Geschlechtskrankheiten (Tripper, Schanker, Syphilis) und deren Komplikationen sowie ihre Folgen

für das Eheleben und führt Beispiele aus der Praxis an, welche den Laien beweisen sollen, welchen Gefahren sie sich beim aufserehelichen Geschlechtsverkehr aussetzen. Um diese Krankheiten zu bekämpfen, ist es nötig, das Volk aufzuklären und Mittel anzugeben, wie sich die Gefahren thunlichst vermindern lassen, ferner alle derartigen Kranken radikal zu heilen. Die Krankenkassen sollen unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker gewährleisten, Rekonvalescentenhäuser müssen eingeführt, die Kontrolle der Prostituierten verschärft, die Bordelle aufsuchenden Männer auch untersucht werden. An dem Überwuchern der Prostitution ist meist das sociale Elend schuld, andere Ursachen liegen in der Putzsucht, dem Alkoholmifsbrauch, dem bösen Beispiel u. s. w. Die Prostitution hat zur Folge einen ausgedehnten Mädchenhandel aller Art und eine enge Fühlung mit dem Verbrechen. Da dieselbe ein notwendiges Übel ist, so soll sie soviel wie möglich wenigstens eingeschränkt werden, und ist die Kasernierung jedenfalls der geheimen Prostitution vorzuziehen, zumal wenn sie Staatsinstitut wäre und so decent gehandhabt wird, wie z. B. in Bremen. Der Vorschlag, dafs im Bordell selbst ein Arzt wohnen soll, um auch alle männlichen Besucher zu untersuchen, ist nach des Referenten Ansicht unmöglich, jedenfalls könnte Ref. nur den Arzt bedauern, der sich dazu hergiebt! In Bezug auf die Bordellinsassen mufs die Vorschrift verschärft werden, den Wirten derselben mufs die Schankkonzession entzogen werden, die Untersuchung der Dirnen mufs täglich stattfinden und jede Verdächtige sofort ins Krankenhaus zur Zwangsbehandlung, jedoch sollen nach P.s Ansicht die Kranken die Behandlungsmethode, ob allopatisch, homöopatisch, Naturheilkunde, selbst wählen (das wäre noch schöner, wenn der Kranke dem Arzt befehlen will und der Arzt dann zum Heilgehülfen gestempelt wird! D. Ref.). Auch die geforderte Anzeigepflicht hält der Referent für verkehrt. Zum Schlufs giebt P. noch einige prophylaktische Winke zur Vermeidung der Infektion an.

Bernhard Schulze-Kiel.

Diagnose und Behandlung des Ekzems, von Tom Robinson. 2. Aufl. (J. & A. Churchill, London 1900.) Verfasser betrachtet das Ekzem als einen diffus-entzündlichen Prozefs, zu dessen Entstehung eine gewisse Diathese notwendig ist, die auf einem ererbten Mangel an Widerstandsfähigkeit des Epithels beruht. Bei jedem Ekzemkranken finden sich Zeichen einer solchen Diathese, bestehend in Degenerationserscheinungen an der Haut, den Haaren, Nägeln, Zähnen, sowie in Neigung zu Schleimhautkatarrhen. Die Haut solcher Leute verliert leicht ihr physiologisches Gleichgewicht, sie hat ein „verwundbares Epithel". Über die anatomische Grundlage dieser Diathese vermag Verfasser nichts Näheres auszusagen. — Die Ausführungen über Ätiologie, Symptomatologie und differentielle Diagnose bieten nichts Bemerkenswertes. Der Abschnitt über die Therapie ist sehr kurz, wird auch vom Verfasser selbst nur als Skizzierung der Umrisse eines Heilverfahrens bezeichnet; Hauptlehrmeisterin müfste die Erfahrung sein. Sehr anfechtbar ist die vom Verfasser aufgestellte Regel, dafs jedes auf beiden Seiten des Körpers lokalisierte Ekzem vom Arsenik günstig beeinflufst werde.

A. Loewald-Cassel.

Staat und Prostitution, von Schmölder, Oberl.-Gerichtsrat in Hamm. (Herm. Walther, Berlin 1900.) Der erfahrene Jurist bespricht eingehend das Prostitutionswesen in Deutschland und in anderen Staaten. Er ist ein Gegner der Reglementierung. Sie verstöfst gegen die Lehre der christlichen Kirche, sie enthält einen Eingriff in die bürgerliche Freiheit, sie stöfst Frauen, die gern wieder aufwärts streben möchten, gewaltsam hinunter in den tiefsten Schmutz. Sie schädigt den öffentlichen Anstand und überliefert unser Volk der Syphilis und der Blennorrhoe. Sie mufs also nach Verfassers Ansicht unter allen Umständen fallen. Ein gewaltiger weiterer sittlicher

Aufschwung will über unser Volk hereinbrechen. Ein gröfserer Rückgang in der Nachfrage nach der Prostitution und in dem Bestand an Prostitution ist bestimmt zu erwarten, sobald erst die wirtschaftlichen Verhältnisse sich konsolidiert und diese Reglementierung in Fortfall gekommen ist. Eine andere Fassung des § 361/6 des Strafrechts scheint empfehlenswert in folgender Form: Bestraft wird eine Frau, die gewerbsmäfsig Unzucht treibt und dabei den öffentlichen Anstand, die öffentliche Ordnung und die allgemeine Gesundheit gefährdet. (Vom medizinischen Standpunkt aus liefse sich doch manches gegen die Schrift anführen, der Gegenbeweis, dafs die Reglementierung auf sanitärem Gebiet keinen Vorteil gewähre, ist keineswegs erbracht. Auch der Satz, dafs „bei der Syphilis eine in den günstigeren Fällen 2—3 Jahre andauernde Krankheitsperiode, in der immer wieder von neuem nässende Entzündungen auftreten, folge" ist etwas weitgehend, ebenso die Behauptung der absoluten Immunität nach bestandener Syphilis, dagegen spricht die Reinfectio luetica. Es würde zu weit führen, alle Einzelheiten zu besprechen, jedenfalls ist die Arbeit lesenswert. D. Referent.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Photographie bezw. Mikrophotographie in der ärztlichen Praxis, von B. Schürmayer-Hannover. (Seitz & Schauer, München 1901.) Auch der Arzt beginnt, was die ärztliche Wissenschaft vor Jahren schon that, die Photographie immer mehr zur Fixierung von Befunden heranzuziehen und das im Bilde festzuhalten, was wissenschaftlichen Wert hat. Ein Buch, welches in so umfassender Weise alle Einzelheiten der photographischen Technik schildert, wie das vorliegende, wird daher allen Ärzten hoch willkommen sein. Im ersten Abschnitt werden die allgemeinen Grundsätze der Photographie in Bezug auf Lichtverhältnisse, Hintergrund, Expositionszeit, Momentaufnahmen u. s. w. aufgestellt und die Technik eingehend besprochen mit Einschlufs der „lebenden Photographien" und der stereoskopischen Aufnahmen. Auch die Technik der farbigen Photographie in ihrem gegenwärtigen Stande wird erwähnt. Der Anhang beschäftigt sich mit den Apparaten selbst und ihrer Handhabung. Ein weiteres Kapitel ist der mehr rein wissenschaftlichen Zwecken dienenden Mikrophotographie gewidmet, auch hierbei werden die Apparate eingehend geschildert und die Aluminiumcamera Fuess empfohlen. Daran schliefst sich ein Kapitel über die Herstellung der Negative und Positive, Besprechung der Dunkelkammern, Entwickeln der Bilder, Herstellung von Lichtdruck und ähnlichem. Das Werk im ganzen ist jedem, der sich mit Photographieren im ärztlichen Berufe beschäftigen will, als Leitfaden eindringlich zu empfehlen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eingegangene Separatabzüge aus der **Festschrift zu Ehren von Moritz Kaposi.** (Wilh. Braumüller, Wien u. Leipzig.)

Caesar Boeck-Christiania bringt **weitere Beobachtungen über das multiple benigne Sarkoid der Haut**, eine Affektion, die wohl identisch mit der Sarcomatosis cutis Kaposis und anderer Autoren ist. Von den drei hier beschriebenen Fällen wird der eine als knotige, die zwei anderen als papulöse Formen bezeichnet; Gesicht, Rücken und die Streckseiten der Oberarme sind im allgemeinen der Sitz des Leidens. Die Knoten sitzen, hanfkorn- bis erbsengrofs, die Papeln stecknadel- bis hanfkorngrofs, im Gesichte zerstreut, an den Armen symmetrisch beiderseits angeordnet. Drüsenschwellungen waren in zwei Fällen vorhanden. Die Prognose der Krankheit ist stets eine gutartige, wenn die Arseniktherapie konsequent durchgeführt wird, was ohne Unterbrechung geschehen mufs. Im allgemeinen hat die Krankheit die Tendenz, sich in und um alte Narben zu lokalisieren. Die Excision und histologische Untersuchung von Knoten und Papeln ergab, dafs es sich hier nicht um eine geschwulst-

artige Neubildung, sondern eher eine entzündliche Wucherung des Bindegewebes handelt. Der Gesamtverlauf der Krankheit ist ein exquisit chronischer, auch die einzelnen Knoten und Papeln brauchen viele Monate und oft mehrere Jahre, um ihre verschiedenen Stadien zu durchlaufen; B. unterscheidet ein solches der Eruption (plötzliche Rötung und Schwellung der ganzen betreffenden Hautpartie mit etwas Jucken und allmählicher Knötchenbildung), ein zweites der Florition und Turgescenz (deutliches Hervortreten der Knötchen), welches sehr lange dauern kann; dann kommen die Stadien der Regression (gelbliche Pigmentation, Teleangiektasien) und schliefslich bleibt eine leicht vertiefte, kaum sichtbare Narbe zurück. Die drei beschriebenen Fälle betrafen zwei weibliche und einen männlichen Patienten im Alter von 29, 31 und 31 Jahren. Thatsächliche Heilung wurde nur bei einer der ersteren noch beobachtet, wo die Affektion allerdings auf das Gesicht (in ziemlich entstellender Weise, wie die beigegebene Photographie zeigt) beschränkt geblieben war.

Zur Kenntnis der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge bringt Hochsinger-Wien eine eingehende Arbeit, mit welcher er in der That eine Lücke der betreffenden Litteratur auszufüllen scheint. Seitens der Mehrzahl der pädiatrischen Autoren sei das Vorkommen dieser Knochenerkrankung bei der kongenitalen Frühsyphilis übersehen worden, während H. davon 55 Fälle bei einem Gesamtmaterial von 498 hereditär-syphilitischen Säuglingen, also in 11% aller Fälle, welche von 1874—1900 im ersten öffentlichen Kinderkrankenhause zu Wien vorkamen, beobachtet hat. Meist sind die Finger-, seltener auch die Zehen phalangen ergriffen. Prädominierend ist das Ergriffensein der Grundphalangen, ausschliefslich sind nur die Knochen derselben, niemals Weichteile und Knochen ergriffen. Nach der röntgenographischen Untersuchung handelt es sich um eine diffuse rarefizierende Ostitis, welche von der Epiphysengrenze ausgeht. Zur Unterscheidung von der tuberkulösen Form der Phalangenaffektion, von der Spina ventosa, ist vor allem festzuhalten, dafs letztere meist an den Endphalangen vorkommt, zu knopfförmiger Anschwellung der Phalange und häufig zu Caries und Nekrose führt, während es bei der syphilitischen Phalangitis nicht zu Entzündung der Haut und nicht zu Eiterung und Perforation nach aufsen kommt, dieselbe vielmehr Tendenz zu spontaner Restitution besitzt. Charakteristisch für die Ph. syph. ist ferner das vollkommene Intaktbleiben der Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenke. Was nun die Manifestationsperiode der Syphilis betrifft, in welcher die Phalangitis auftritt, so wird dieselbe nicht mit auf die Welt gebracht, sondern erscheint meist in den ersten drei Lebensmonaten als Begleitsympton des ersten Exanthems, kommt aber auch in den späteren Monaten und Jahren (bis zum fünften Jahre beobachtet) vor. Die Therapie ist eine der dankbarsten, nach 6—10wöchentlicher antisyphilitischer Kur ist meist das Leiden beseitigt. Tabellarische, übersichtliche Zusammenstellung der (55) Fälle vor und weiterer neun Fälle nach dem ersten Lebensjahre mit den verschiedenen Lokalisationen des Leidens und anderen wichtigen Daten.

Klinik und Histologie seltener Formen der Hauttuberkulose, von Nobl. N. stellt sich in erster Linie auf den Standpunkt, die Tuberkulide, unter welcher Bezeichnung bekanntlich von französischen Forschern, als durch die Toxine der Tuberkelbacillen hervorgerufen, eine Reihe von Hautaffektionen subsumiert werden, nicht anzuerkennen, sondern macht für dieselben, wie für die echten Formen der Hauttuberkulose, den spezifisch bacillären Standpunkt geltend. Die elf Fälle, welche hier N. genau beschreibt und von ihm mit grofsem Fleifse auch histologisch-bakteriologisch analysiert worden sind, sollen zur Bekräftigung seiner Ansicht dienen. In zwei Fällen handelte es sich um eine verruköse Hauttuberkulose in Form disseminierter, kleinknotiger Efflorescenzen, welche bei dem ersten Falle, einer

85jährigen Frau, an beiden Unterschenkeln, bei dem zweiten, einem 25jährigen Manne, auf beide Vorderarme und Hände (plaqueförmige Keratome der Finger) lokalisiert waren. Die drei weiteren Fälle, ein weibliche und zwei männliche Patienten im Alter von 36—40 Jahren betreffend, haben ebenfalls den Typus der verrukösen Form der Hauttuberkulose, welche jedoch Verschiedenheit in histologischer Beziehung von der vorigen Form zeigte. Schon die Lokalisation am Vorderarme und den Händen sprechen für eine exogene Inokulation dieser Fälle, ebenso wie der weitere Verlauf und der mangelnde Befund irgend einer Lungen- oder anderen tuberkulösen Affektion. Fall VI stellt die wirkliche Form eines Impftuberkels (bei einem Arzte im Laboratorium entstanden) vor, welcher sich vor der verrukösen Form besonders durch den stets eitrigen Zerfall auszeichnet; die Excision der ständig zunehmenden Geschwulst (am kleinen Finger sitzend) wurde nach dreimonatlichem Bestande vorgenommen und es zeigte sich der charakteristische Bau der Epithelzelltuberkel mit Riesenzellen und vereinzelten Tuberkelbacillen. Im VII. Falle handelte es sich um plaqueförmige verruköse und papillomatöse Tuberkulose der Vulva in Verbindung mit Miliartuberkulose der Lungen bei einer 38jährigen Schriftstellerin. Die sehr lästigen und schmerzhaften Geschwulstmassen waren im Laufe von zwei Jahren entstanden, zeigen ständige Tendenz zum eitrigen Zerfall und enthielten bei wiederholten Untersuchungen Tuberkelbacillen. N. glaubt, dafs die Genitaltuberkulose, bei welcher die höchst seltene Kombination der destruierenden, ulcerösen Tuberkulöse mit der vegetierenden, hypertrophischen, zu Tumorenbildung neigenden vorlag, die primäre Erkrankung war, von wo dann mit Wahrscheinlichkeit die Durchseuchung der Lungen ausgegangen ist. Auch in dem weiteren Falle — miliare Tuberkulose der Unter- und Oberlippe, akneähnliches, tuberkulöses Exanthem der Wangen mit reichlichem Befund an Tuberkelbacillen — soll die Haut-Schleimhauttuberkulose zwei Jahre bestanden haben, bis eine Generalisierung der Infektionskrankheit zu konstatieren war, und ebenso der Verlauf in den zwei weiteren Fällen von 1. Miliartuberkulose des rechten Nasenflügels mit späterer Lungenphthise, und 2. der Unter- und Oberlippe und papillomatösen Tumoren der Mundwinkel gewesen sein. Eine rein exanthematische Erscheinungsweise der spezifischen Eruption zeigt der letzte Fall von Lupus follicularis disseminatus frontis bei einer 35jährigen Frau. Auf die Einzelheiten der interessanten anatomischen Befunde, wie des Verlaufes der skizzierten Fälle einzugehen, mufs sich Referent versagen. Wenn auch bei positivem Befund an Tuberkelbacillen die Natur der beschriebenen Affektionen nicht zweifelhaft sein kann, so ist sie das umsomehr bei negativem Ausfall der bakteriologischen Untersuchung und erlaubt sich Referent für solche Zweifel auf den hohen diagnostischen Wert des Tuberkulins hinzuweisen.

Über Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, von Hugo Guth. G. hatte Gelegenheit, zwei Fälle dieser Affektion, Lymphangioma tuberosum multiplex von Kaposi genannt, zu beobachten und mikroskopisch zu untersuchen. In beiden Fällen handelte es sich um Dienstmädchen im Alter von 28 und 37 Jahren; bei der einen sind blofs auf der Brust, bei der anderen sowohl hier wie am Rücken, vorderen und seitlichen Halsgegend und an den Oberextremitäten (Streckseiten), unregelmäfsig zerstreut, zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengrofse Knötchen von derber Konsistenz, in die Cutis eingelagert und mit dieser verschieblich, vorhanden. Diese Affektion soll schon viele Jahre bestanden haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung sind das Auffallendste cystenartige Bildungen, welche zuweilen einen Übergang zu Kapillaren und deren auskleidende Wandzellen Ähnlichkeit mit dem Endothel derselben zeigen. Auch nach den in der Litteratur mitgeteilten Fällen, welche G., soweit sie ihm zu-

gänglich waren, erforschte und kurz aufzählt, scheint der Zusammenhang mit dem Blut- oder Lymphgefäfssystem sicher. Das Leiden ist als eine gutartige Neubildung aufzufassen, seine erste Entwickelung scheint in die früheste Kindheit zu fallen, spezielle Disposition eines der beiden Geschlechter nicht zu bestehen. Der genauere mikroskopische Befund G's. ist nur vermittelst der beigegebenen Abbildungen verständlich.

Ed. Schiff-Wien beschreibt **das Institut für Radiographie und Radiotherapie in Wien**, welches der bekannte Röntgenograph vor kurzem eingerichtet hat. Dafs bei einem so erfahrenen Fachmann die gesamte Ausstattung zweckentsprechend und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft gestaltet wurde, darüber belehren uns nicht nur die kurzen Ausführungen, sondern auch die sechs beiliegenden Photographien der Apparate u. s. w. Aufser der Radiotherapie und Röntgenographie kommen die Hochfrequenzströme nach d'Arsonval, die bei Prurigo, Pruritus und Schleimhautkatarrhen von Nutzen sein sollen, zur Anwendung und schliefslich ist auch ein Finsenscher Apparat zur Lupusbehandlung u. s. w. aufgestellt. Schiff ist jedoch der Überzeugung, dafs die therapeutischen Resultate der Röntgenbestrahlung die gleichen sind wie bei Finsens Behandlung und dabei rascher, mit geringeren Kosten und Schwierigkeiten zu erreichen sind. Wünschen wir mit dem unternehmenden Forscher, dafs sein Institut eine segensreiche Stätte für weitere Arbeiten auf diesem Gebiete bilden werde! *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Behandlung der Enuresis nocturna mit Massage, von L. Herbstman. (*Med. Woche.* 1900. No. 37.) Verfasser massierte bei Enuresis nocturna der Kinder vom Mastdarm aus den Blasenhals mit dem Zeigefinger, 2—3 Minuten lang in jeder Sitzung. Zunächst werden mit der Fingerpulpe in querer Richtung, dann in Längsrichtung des Blasenhalses Bewegungen gemacht, endlich noch 1/2 Minute lang mit der Fingerkuppe gegen dasselbe Gebiet des Blasenhalses Stofsbewegungen ausgeführt. Verfasser sah so günstige Resultate von dieser Methode, dafs er ihr den ersten Platz in der Therapie der Enuresis einräumt. *I. Bloch-Berlin.*

Die sogenannte „reizbare Blase" beim Weibe, von F. Bierhoff-Berlin. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Dec. 1900.) Beobachtungen an 57 Fällen in der Knorrschen Poliklinik führen den Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Bezeichnung „reizbare Blase" oder „idiopathische Blasenreizung" nur in den allerseltensten Fällen zu Recht angewandt wird, dafs meistens greifbare anatomische Veränderungen dieser vermeintlichen Neurose zu Grunde liegen. Als solche sind anzuführen: Hyperämie der Blase, Varicen in derselben, Cystitis, Pericystitis, Gravidität, Cystocele, Verlagerungen des Uterus, Carcinom, Blasentuberkulose und Konkremente. Die öfters hervorgehobene Neigung zu Recidiven bei diesen Fällen dürfte ihre Erklärung darin finden, dafs man vielfach versäumt hat, diese ursächlichen Momente zu beseitigen. Zur Stellung der Diagnose bedient sich B. in ausgedehntem Mafse des Cystoskops; doch sind daneben Urethra und der ganze Urogenitalapparat genau zu berücksichtigen. In therapeu-

tischer Beziehung befolgt Verfasser die üblichen Methoden. Die Erfolge bei den abrifsweise mitgeteilten 57 Fällen waren: geheilt entlassen 13; gebessert entlassen 11; nicht behandelt 25; noch in Behandlung (gebessert) 8. — Ganz nebenbei möchte Ref. zum Schlufs fragen, wer die in der Arbeit mit konstanter Bosheit immer wiederkehrenden philologischen Scheufslichkeiten Cystitis at trigonum und Perimetritis posteriora auf dem Gewissen hat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verletzungen der Blase während des Verlaufes von gynäkologischen Operationen, von J. W. Cousins. (*Brit. med. Journ.* 19. Mai 1900.) Bei der operativen Entfernung von festhaftenden Tumoren des Uterus und der Ovarien kommen trotz gröfster Vorsicht und Geschicklichkeit des Operateurs doch zuweilen Verletzungen der Blase und des Rectums vor. Die Gefahren, welche dieselben im Gefolge haben, können wesentlich vermindert werden, wenn man 1. verhütet, dafs Urin in das Beckengewebe und die peritoneale Höhle gelangt, und 2. den Rifs in der Blasenwand, sobald man ihn entdeckt hat, unter Beobachtung aller antiseptischen Mafsnahmen, sofort vernäht und dafür sorgt, dafs die Blase leer und in Ruhe bleibt.

Verfasser beschreibt nun ausführlicher, bei welchen gynäkologischen Operationen solche Verletzungen leicht entstehen, auf welche Weise sie zu stande kommen, wie sie behandelt und wie sie vermieden werden können.

Die Krankengeschichte eines prägnanten Falles soll das Gesagte illustrieren.

C. Berliner-Aachen.

Eine die Blase und das Rectum durchbohrende Wunde, von J. R. Dodd. (*Brit. med. Journ.* 24. Febr. 1900.) Ein Arbeiter einer Gewehrfabrik stürzte auf eine eiserne Stange, deren Ende ihm in das rechte Gesäfs, von hier ins Rectum und durch die vordere Wand desselben und die Prostata in die Blase eindrang. Er wurde von seiner schweren Verwundung ohne Zwischenfall und nachteilige Folgen geheilt.

C. Berliner-Aachen.

Die Blasenhernie mit spezieller Beziehung auf ihre Pathogenese, von Alessandri. (*Policlinico.* 1900. No. 1 u. 2.) Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, dafs die Pathogenese der Blasenhernien eine verschiedene ist und sich nicht auf ein einziges ätiologisches Moment zurückführen läfst. Die Cystocelen sind primär oder sekundär. Zu ersteren gehören die extraperitonealen, besonders die inguinalen, welche infolge von starker Ausdehnung der Blase bei grofser Schlaffheit ihrer Wandungen und verminderter Resistenz der Bauchdecken zu stande kommen. Das Fett, zumal dessen Anhäufung in Form eines Lipoms, kann auch die Bildung einer Blasenhernie begünstigen; es kann ihm aber nicht die Bedeutung zugeschrieben werden, wie dies gewisse Autoren (Monod, Delagénière) behauptet haben. Von grofser Bedeutung sind dagegen die kongenitalen Divertikel, die Asymmetrie der Blase und die durch verschiedene Affektionen der Blase sekundär entstandenen Veränderungen der Blasenwandung (Asymmetrie, erworbene Divertikel etc. infolge von Krankheiten der Prostata, Urethra etc.). Alle diese ursächlichen Momente der Cystocele werden noch unterstützt durch die Bildung partieller Adhärenzen der Blasenwandung, welche bei allen Arten von Hernien der Blase eine sehr grofse Rolle spielen und bekanntlich sehr häufig vorkommen. *C. Müller-Genf.*

Intraperitoneale Ruptur der Blase, von W. P. Blumer. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1900.) Ein 35jähriger Arbeiter fiel in trunkenem Zustande über die Strafse gehend hin. Nachdem er sich wieder mühsam erhoben hatte, wankte er heim. Zu Hause angekommen, machte er die Entdeckung, dafs er nicht urinieren konnte, trotzdem er vorher sehr viel getrunken hatte. Statt des Urins kommen nur einige

Tropfen Blut heraus. Der herbeigeholte Arzt verschrieb ihm Pillen, ohne sich weiter um den Patienten zu kümmern. Als der Zustand sich verschlimmerte, stand der Patient vom Bette auf und ging in das zwei englische Meilen entfernt gelegene Krankenhaus. Hier wurde in Chloroformnarkose die Laparotomie ausgeführt und in der hinteren Wand der Blase ein Riſs entdeckt; der peritoneale Überzug war etwas weiter nach unten eingerissen. Die Risse wurden vernäht und unter der sorgfältigen ärztlichen Nachbehandlung genas der Patient vollkommen.

Aus der Krankengeschichte hebt der Verfasser folgende bemerkenswerten Punkte hervor:

1. Der lange Zeitraum von vier Tagen, der zwischen der Verletzung und der Operation verstrichen war.

2. Die groſse Menge der im Abdomen angesammelten Flüssigkeit, welche verhältnismäſsig wenig Beschwerden verursacht hatte.

3. Der Patient konnte vier Tage nach der Verletzung noch einen Weg von zwei Meilen machen.

4. Das Fehlen jeder peritonitischen Erscheinung. *C. Berliner-Aachen.*

Einen Fall von Uterusfibrom, welcher einen Blasentumor vortäuschte, beschreibt Loumeau. (*Ann. de la Policl. de Bordeaux.* 1900. No. 1.) Die 39jährige Patientin litt von ihrer Kindheit an an Harnbeschwerden mit häufigen Anfällen von Cystitis, Hämaturie. Auf Grund des Befundes der inneren und äuſseren Untersuchung der Blase wurde ein Blasentumor diagnostiziert und die Blase mittelst Sectio hypogastrica eröffnet. Es zeigte sich dabei, daſs keine Neubildung in der Blase, wohl aber im Uterus bestand. *C. Müller-Genf.*

Papillom der Blase, von Southam. (*Brit. med. Journ.* 27. Jan. 1900.) Der Verfasser berichtet über zwei im Alter von 45 bezw. 64 Jahren stehende Patienten, bei denen durch die suprapubikale Cystotomie das Papillom entfernt worden war. In beiden Fällen bestand als einziges Symptom eine schmerzlose Hämaturie, in dem ersten kontinuierlich, in dem zweiten intermittierend. Bei beiden Patienten hörte nach Entfernung des Gewächses die Blutung vollständig auf, und erfolgte gänzliche Heilung. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose, von L. Caspar. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 41 u. 42.) Die Auffassung von der Entwickelung und Verbreitung der Urogenitaltuberkulose ist immer noch keine einheitliche. Verfasser bespricht an der Hand von 85 von ihm genauer beobachteten Fällen zunächst den primären Sitz der Erkrankung, häufig war die Niere vor der Blase erkrankt, ebenso öfter der Genitalapparat vor dem Harnapparat. Direkte Übertragung durch die Kohabitation ist nicht erwiesen. Die Blennorrhoe wirkt ätiologisch gleich einem Trauma, das besonders bei den belasteten Individuen eine Prädisposition liefert. Die Diagnose stützt sich in erster Linie auf den Nachweis der Tuberkelbacillen, deren Unterscheidung von Smegmabacillen Verfasser für leicht erklärt; event. müſste das kulturelle Verfahren vorgenommen werden. Diagnostisch wichtig ist ferner der oft ganz enorm häufige und schmerzhafte Harndrang, der nicht immer auf einem starken Schrumpfungsprozeſs der Blasenwand beruht. Wichtige Aufklärung giebt ferner das Cystoskop, insofern man aus der Art und der Lokalisation der Veränderungen Rückschlüsse machen kann. Doch gilt als Regel bei Tuberkulose der Blase thunlichst nicht zu cystoskopieren. Die Therapie zerfällt in eine allgemeine roborierende-medikamentöse (Aufenthalt in südlichem Klima, Creosotal) und in die lokale Behandlung. Hier sah

Verfasser guten Erfolg von Eintröpfelungen mit Milchsäure, die enorm schmerzhaft sind, und mit Sublimat, die auch aufserordentlich brennen. Nie soll man, wie bei anderen Cystitiden, die Blase durch Spülungen ausdehnen. Höllenstein versagt, was auch diagnostisch nicht unwichtig ist, bei Blasentuberkulose entweder vollständig, oder führt gar eine Verschlimmerung des Zustandes herbei. *F. Hahn-Bremen.*

Bemerkungen über die wahrscheinliche Art der Entstehung von Blasensteinen mit Bezug auf deren Recidivierung und Verhütung, von R. Harrison-London. (*Lancet.* 9. Febr. 1901.) Das häufig zu beklagende Auftreten von Recidiven nach Litholapaxie beruht zum Teil auf dem Zurückbleiben kleiner Bruchstücke in der Blase und einer krankhaften Beschaffenheit deren Wandung und zum Teil auf einer zur Steinbildung Anlafs gebenden, abnormen Beschaffenheit des Urins. Bei letzterem Momente legt Verfasser ein Hauptgewicht auf abnorme Schleimbildung im Harne und erklärt auf diese Weise die günstige Wirkung verschiedener alkalischer Mineralwässer sowie mancher Medikamente, wie Ol. terebinth., Ol. santal., Cubeben, Copaiva und Magnesia borocitrat., mit denen er in einer grofsen Reihe von Fällen sehr erfreuliche Resultate erzielt hat. An verschiedenen Krankengeschichten zeigt er, dafs die regelmäfsige Darreichung solcher Mittel in bestimmten Intervallen, etwa alle Monat acht Tage lang, mit andauerndem Freibleiben von Recidiven verbunden war. Des weiteren legt H. ausführlich dar, wie er während längerer Zeit nach der Operation die Blase kontrolliert und eventuell durch Waschungen und Instillationen einem Rückfall vorbeugt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Blasenstein in Sierra Leone, von W. Renner. (*Brit. med. Journ.* 10. Febr. 1900.) Der Fall, welcher einen 63jährigen Mann mit Prostatahypertrophie betraf, ist, wenigstens für den Verfasser, deshalb von Interesse, weil Blasensteine in Sierra Leone aufserordentlich selten sind. Der Stein wurde durch die Lithotomie entfernt. *C. Berliner-Aachen.*

Einen grofsen Harnblasenstein von Kalkoxalat entfernte Loumeau mittelst Sectio hypogastrica bei einem 25jährigen Manne. Der Stein war nierenförmig, von schwarzer Farbe, höckerig, 5 cm lang, 3 cm breit und 2½ cm dick. Derselbe hatte bedeutende Störungen hervorgerufen und den Patienten hochgradig heruntergebracht. Die Operation verlief unter sehr günstigen Umständen. *C. Müller-Genf.*

Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Blasensteinen, von C. M. Moullin-London. (*Lancet.* 19. Jan. 1901.) Verfasser schildert Erfolge, welche er auf diese Weise erzielt hat in der Diagnose von Steinbildung in der Nierenkapsel, im Ureter und in der Blase bei hypertrophischer Prostata und Lagerung des Konkrements in einer postprostatischen Tasche. Verschiedene bemerkenswerte technische Einzelheiten mögen im Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über 53 Operationen von Blasensteinen, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 6. Okt. 1900.) Verfasser hat seit Beginn seiner Praxis ca. 1000 Steinoperationen gemacht und sich der verschiedensten Methoden dabei bedient. Unter 400 Fällen der letzten Jahre hat er 4 mal die suprapubikale, 8 mal die perineale und 1 mal die vaginale Lithotomie und in den übrigen 387 Fällen die Litholapaxie vorgenommen. Verfasser hält diese Methode für die sicherste und beste in allen Fällen, wo sie sich überhaupt anwenden läfst. In keinem Falle sollte man zur Lithotomie schreiten, bevor man sich nicht durch die Untersuchung und den Versuch der Litholapaxie von der Unmöglichkeit, einen Erfolg zu erzielen, überzeugt hat.

C. Berliner-Aachen.

Die beste Methode für die Entfernung von grofsen Steinen aus der Blase, von S. H. Burton. (*Brit. med. Journ.* 6. Okt. 1900.) Der Verfasser beschreibt einen letal verlaufenen Fall und knüpft an die Krankengeschichte eine Erörterung über die verschiedenen Methoden der Steinoperationen. Indem er die Vorteile und die Nachteile gegeneinander abwägt, gelangt er zu der Ansicht, dafs die suprapubikale Methode die beste sei zur Entfernung grofser Steine aus der Blase. Die suprapubikale Lithotomie ermögliche es, die Blase offen zu halten, ausgiebig und fast ohne Blutverlust für den Patienten zu untersuchen und einen Stein von irgend einer bekannten Gröfse mit der für den Kranken relativ geringsten Störung zu extrahieren. Bei gleichzeitig vorhandener Prostatahypertrophie treten die Vorteile der Methode noch deutlicher hervor. *C. Berliner-Aachen.*

Über Litholapaxie mit Kasuistik, von Barkley-Lexington. (*Louisville Journ.* 1900. No. 5.) Die Litholapaxie, welche gegenüber der einfachen Steinzertrümmerung den Vorzug hat, dafs man ganz starke Kaliber von Lithotripteren einführen kann, ist bei alten Leuten mit vergröfserter Prostata und Cystitis sowie bei Strikturen angezeigt, wenn man gleichzeitig bestehenden Blasensteinen beikommen will. Von den Modifikationen der Litholapaxie hat nur die perineale Anspruch auf Erwähnung. Verfasser führt 5 Fälle an, bei denen er in entsprechender Weise operiert hat.
Hopf-Dresden.

Akute hämorrhagische Cystitis, von Arnold Lea. (*Brit. med. Journ.* 19. Mai 1900.) Eine 42jährige Frau bekam 7 Tage, nachdem sie an einer eingeklemmten Oberschenkelhernie operiert worden war, eine akute hämorrhagische Cystitis. Die Blase schwoll mächtig an. Vermittelst eines Katheters wurde eine grofse Menge eitrigen, ammoniakalischen, mit Blut vermischten Urins abgelassen. Die Blutung hielt jedoch an. Nach 48 Stunden starb die Patientin unter Erscheinungen der Verblutung und Toxämie. Bei der Autopsie enthielt die Blase noch grofse Quantitäten von Blut und übelriechendem, ammoniakolischen Urin. Mikroskopisch zeigte die Blase starke, rundzellige Infiltration der Mucosa und der oberflächlichen Schichten der Muscularis mit erweiterten Blutgefäfsen und ausgedehnter Hämorrhagie. Das Epithel war verschwunden. Die Oberfläche wies Coagulationsnekrose mit fibrinösen Klumpen auf.

Die Cystitis war wahrscheinlich die Folge einer virulenten lokalen Infektion. Eine bakteriologische Untersuchung ist nicht gemacht worden.
C. Berliner-Aachen.

Über Cystitis typhosa, von Hans Curschmann-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 42.) Der Verfasser sah bei drei Typhuskranken im Stadium der Entfieberung die Symptome einer etwaigen Cystitis auftreten. Der sauer reagierende Urin wurde trüb, im Sediment fanden sich massenhaft Leukocyten, sowie Blasenepithelien, aber keine Formelemente aus der Niere. Die bakteriologische Untersuchung ergab Typhusbacillen in Reinkultur als alleinige Erreger der eitrigen Entzündung. Die Bacillen können in solchen Fällen aller Wahrscheinlichkeit nach nur aus der Blutbahn durch die Nieren in die Blase gelangen, dem Auftreten der Cystitis mufs also eine einfache Bakteriurie vorangehen. Das trifft sicher auch für die vorliegenden drei Fälle zu, in denen während der Fieberperiode, also vor dem Beginn der Cystitis eine mit dem Durchtritt der Bakterien durch die Nieren in kausalem Zusammenhang stehende „febrile" Albuminurie bestand. Warum der Ebertheche Bacillus, der in 15—30% aller Typhusfälle im Harn gefunden wird, nur in ganz seltenen Fällen die Blasenschleimhaut angreift, ist vorerst noch nicht zu entscheiden. Allgemeine und örtliche Disposition, die hier in Frage kommt, lag unter den drei beschriebenen Fällen nur einmal vor: es handelte sich dabei um ein präseniles, wenig widerstands-

fähiges Individuum, bei dem eine zu Beginn der typhösen Erkrankung bestehende Ischurie wiederholte Katheterisierung notwendig machte. Die Cystitis dauerte bei diesem Kranken ca. 4 Monate, war durch Salol nicht zu beeinflussen und wurde durch Blasenspülungen mit schwacher Höllensteinlösung zur Heilung gebracht; nach eingetretener Heilung fanden sich im vollständig klaren Urin Colibakterien in grofser Menge. Von den beiden anderen, sehr mild verlaufenen Fällen dauerte der eine, bei dem nur Fachinger Wasser verabreicht wurde, 40 Tage, der andere, bei dem nach Versagen von Folia uvae ursi Salol in Anwendung kam, 26 Tage; in dem letzteren Falle fanden sich nach dem Verschwinden aller entzündlichen Symptome noch virulente Typhusbacillen im Urin. Im übrigen waren die subjektiven Symptome in allen drei Fällen verhältnismäfsig gering; nur ein Patient klagte über Schmerzen und Druckgefühl in der Blase und leichten Tenesmus. Temperatursteigerungen wurden durch die Cystitis nicht hervorgerufen. — Die Prognose der typhösen Cystitis scheint nicht ungünstig zu sein, man darf im allgemeinen wohl auf einen ziemlich leichten Verlauf rechnen. Bezüglich der Therapie ist zu erwähnen, dafs Horton Smith neuerdings das Urotropin geradezu für ein Spezifikum gegen Cystitis typhosa erklärt. Er empfiehlt sogar, jedem Typhuskranken von der Mitte der Fieberzeit an bis zur völligen Genesung Urotropin prophylaktisch zu geben, um einerseits die Entstehung einer eitrigen Cystitis zu verhüten, andererseits einer Verschleppung der Typhusinfektion durch den Harn vorzubeugen. *Göts-München.*

Behandlung der chronischen Cystitis der Frau durch Ausschabung der Blase und Instillationen von Sublimat, von Charles Gr. Cumston - Boston. (*New York. med. Journ.* 22. Sept. 1900.) Sehr ernste und schmerzhafte Formen von chronischer Cystitis kommen häufig beim Weibe vor und trotzen oft der gewöhnlichen Behandlung. In solchen Fällen, ebenso wie bei tuberkulöser Cystitis, ist nach Clados Untersuchungen die Schleimhaut der beinahe ausschliefsliche Sitz der Erkrankung; infolgedessen nimmt Cumston an, dafs in manchen Fällen eine Radikalkur der Blasentuberkulose, wenn sie nicht zu ausgedehnt und die Nieren noch nicht ergriffen sind, durch Ausschabung, d. h. Entfernung der kranken Teile, möglich ist. Diese, sehr einfach erscheinende Operation, ebenso wie die Technik der von Guyon zuerst empfohlenen Sublimatinstillationen sind in vorliegender Arbeit genau beschrieben und durch 10 auf diese Weise behandelte Fälle illustriert. Was die Instillationen betrifft, so sollen sie wirksamer und weniger schmerzhaft sein als die Blasenspülungen. Cumston hat mit Sublimatinstillationen schon früher bei blennorrhoischer Cystitis, sowohl männlicher wie weiblicher, ausgezeichnete Erfolge gehabt und Guyon empfiehlt dieses Mittel bei allen Fällen von Cystitis mit Ausnahme natürlich der durch Blasensteine und andere Fremdkörper bewirkten. Zur intravesikalen Instillation sind notwendig eine Spritze von 4 ccm Inhalt und ein mit einer Olive versehener dünner Katheter von höchstens 12—14 Ch.; die Blase mufs stets vorher entleert werden. Man beginnt mit einer Konzentration von 1 : 4000 bis 1 : 2000 (bei Kindern 1 : 1500) und geht allmählich auf 1 : 500 herab. Die Instillationen werden am besten jeden zweiten Tag, späterhin jeden Tag gemacht; nachdem der Katheter entfernt ist, läfst man den Patienten auf die eine, dann auf die andere Seite und schliefslich auf den Bauch legen, damit die Flüssigkeit mit allen Teilen der Schleimhautfläche in Berührung kommt. Mehr als 2—4 ccm und 10—15 Tropfen in den Blasenhals und den tieferen Teil der hinteren Harnröhre sollen nicht injiciert werden und sind gröfsere Mengen eher schmerzhaft für den Patienten. Zum Curettement der Blase sind nur eine lange Gebärmutterkanüle nach Recamier, ein weiter Metallkatheter und ein Irrigator notwendig, die Patientin wird in Steinschnittstellung gebracht, zwei Finger der linken

Hand werden in die Vagina eingeführt um eine Resistenz gegen die Curette zu bieten und dieselbe dann in die Blase gebracht; ein gewisser Kraftaufwand ist zur Ausschabung erforderlich, jedoch mufs man acht haben, dafs die Blase nicht verletzt wird. Die Operation wird durch eine reichliche Irrigation von Salzwasser beendet, um jede Spur von Schleimhautfetzen, fungösen Teilen und Blutgerinnseln zu entfernen; den Katheter läfst man 12—14 Tage liegen, eventuell wird er früher — bei Verstopfung durch Blutgerinnsel u. s. w. — gewechselt. In manchen Fällen trat mit den Sublimatinstillationen völlige Heilung, in anderen (sowohl tuberkulöser wie nichttuberkulöser Natur) bedeutende Besserung, wie verminderter Harndrang, Abnahme der Schmerzen u. s. w. ein. Haben die Instillationen den gewünschten Erfolg nicht gehabt, so ist das Curettement indiciert. Die ganze Schleimhaut kann jedoch per urethram durch dasselbe nicht erreicht, sondern ausgedehnte Veränderungen müssen durch die Cystotomia suprapubica behandelt werden. Eine grofse Anzahl von Patienten mit Blasentuberkulose, welche wegen des weit vorgeschrittenen Stadium der Allgemeininfektion für eine Radikaloperation nicht mehr geeignet waren, können nach der Ansicht des Verfassers durch das Curettement grofse Erleichterung erfahren. Ist die Cystitis eine Folge von Prolaps der Geschlechtsorgane und hat Hysteropexie mit gleichzeitiger vorderer und hinterer Kolporraphie die Blasensymptome nicht gebessert, so ist das beste Verfahren Curettement mit nachfolgender Sublimatinstillation. H. führt zwei Fälle dieser Art mit kompleter Heilung an. Von den übrigen acht Fällen wurden einige mit Blasentuberkulose ebenfalls mit Curettement und nachfolgender Sublimatinstillation behandelt. [Während für sehr viele Autoren die Blasentuberkulose ein Noli me tangere ist, steht C. also nicht an, in den meisten Fällen chirurgisch einzugreifen und zwar, wie die beschriebenen Fälle beweisen, mit offenbarem Erfolg. Ob er wohl viele Nachahmer finden wird? Referent.] *Stern-München.*

Plastische Operation am Skrotum, von Haslam. (*Brit. med. Journ.* 24. Febr. 1900.) Ein 40jähriger Mann bekam im Anschlufs an eine Verletzung Gangrän des Skrotums, das beinahe in seiner ganzen Ausdehnung geschwürig zerfallen war, so dafs die Testikel frei lagen. Es wurde ein Hautlappen vom Perineum excidiert und auf die Testikel transplantiert. Die Operation hatte einen vorzüglichen Erfolg. Die Hoden sind wieder bedeckt und der Patient erfreut sich eines kompletten Skrotums.

C. Berliner-Aachen.

Chondro-Carcinom des rechten Hodens; Kastration, von T. V. Jackson-Birmingham. (*Lancet.* 23. Dez. 1900.) Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, der seit 7—8 Monaten eine schmerzlose Vergröfserung des rechten Hodens bemerkt hatte. Der pfundschwere Tumor bestand aus Knorpel, Streifen von glatten Muskelfasern und Tubuli, welche mit Cylinderzellen mit Cilien ausgekleidet waren. Dazwischen fanden sich Riesenzellen. Die Neubildung wird als eine von einer kongenitalen Anlage ausgehende, zur Zeit maligne werdende Formation erklärt. Patient starb bald nachher plötzlich und unerwartet an Lungenblutung.

Philippi - Bad Salzschlirf.

Die Veränderungen des Hodens bei experimentellem Verschlufs des Samenleiters, von M. Simmonds - Hamburg. (*Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst.* Bd. II, Heft 3.) Um die Widersprüche der Chirurgen aufzuklären, deren einige nach Resektion des Samenleiters die therapeutisch gewollte Atrophisierung des Hodens eintreten sahen, während andere sie vergeblich erwarteten, hat Verfasser eine Anzahl entsprechender experimenteller Versuche an Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten angestellt. Die Experimente waren insofern besonders wertvoll, als Simmonds stets nur einseitig resecierte oder unterband — Wirkung beider Eingriffe gleichartig —,

und der Samenleiter der anderen Seite stets intakt gelassen wurde. Brissaud hatte früher angegeben, dafs nach der Operation bei den von dem Weibchen getrennten Tieren der Hoden intakt bliebe, während er sich bei solchen, die in Gemeinschaft mit dem Weibchen blieben, veränderte. Auch diese Modifikation der Versuche stellte Verfasser an. Bei den Ratten sistierte nach der Unterbindung (oder Resektion, was, wie oben gesagt, in der Wirkung dasselbe bedeutet) bei etwa der Hälfte der Tiere die Spermatogenese und der Hoden nahm merklich an Volumen ab. Die Brissaudschen Angaben bestätigten sich hier eben so wenig als bei den anderen beiden Tiergattungen. Bei den Meerschweinchen trat fast keine Beeinflussung des Hodens durch die Resektion ein, während bei den Kaninchen am häufigsten Volumensabnahme und Abnahme der Samenerzeugung bemerkbar war. Die Tiergattungen verhielten sich bezüglich der Sistierung der Spermatogenese post operationem folgendermafsen: bei den Meerschweinchen in $^9/_{11}$, bei den Ratten in $^2/_3$, bei den Kaninchen in $^1/_3$ der Fälle Atrophisierung. Damit lassen sich auch die widersprechenden Beobachtungen beim Menschen erklären. Übrigens folgt, wie die anatomische Erfahrung beweist, bei blennorrhoischen Hodenkanalverlegungen nur in einem kleinen Bruchteil der Fälle Hodenatrophie. *Hopf-Dresden.*

Ein eigenartiger Fall von Azoospermie, von A. Kehrer-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 36.) Zu dem Verfasser kam ein seit mehreren Jahren verheirateter Mann, um konstatieren zu lassen, ob er zeugungsfähig sei; seine Frau habe zwar während der Ehe zwei Kinder geboren und sei zur Zeit wieder in der Hoffnung, habe ihm jedoch vor kurzem erklärt, dafs die Kinder von einem anderen Manne stammen. Der Mann hatte 13 Jahre vor seiner Verheiratung eine Blennorrhoe durchgemacht; im Verlaufe derselben war eine linksseitige Hodenentzündung mit „Wasseransammlung um den linken Hoden" aufgetreten; da diese allen Mitteln trotzte, war schliefslich der linke Hoden abgetragen worden. — Die Untersuchung des Ejakulates ergab komplette Azoospermie. Diese datiert zweifellos von der überstandenen Blennorrhoe her, der Mann war also bei seiner Verheiratung schon steril. Da jedoch das Ejakulat vor und zu Beginn der Ehe niemals untersucht worden ist, so kann ein strikter Beweis dafür, dafs der Mann als Azoospermatiker in die Ehe trat, dafs also die Kinder nicht von ihm stammen, nicht geführt werden. Das Gericht wird deshalb bei der Ehescheidung die Kinder voraussichtlich dem an ihrer Existenz völlig unschuldigen Ehemann zusprechen. *Götz-München.*

Über die Behandlung der Spermatorrhoe mit Elektrizität, von Denis Courtade. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 47b.) Die Anwendung des elektrischen Stromes giebt bei Spermatorrhoen neurasthenischen Ursprungs sehr gute Resultate. Spermatorrhoen infolge einer organischen Erkrankung des cerebrospinalen Systems werden durch den elektrischen Strom ebenfalls günstig beeinflufst, besonders wenn die Grundkrankheit noch nicht weit vorgeschritten ist. — Zur Anwendung kommt der faradische wie der galvanische Strom. Elektrisiert werden in erster Linie die genito-spinalen Centren, ferner die Samenbläschen, wobei eine kleine Elektrode in das Rektum oder in die Urethra eingeführt wird. In vielen Fällen kann auch die statische Elektrizität mit Erfolg verwendet werden. *Götz-München.*

Chronische (nicht tuberkulöse) Entzündung der Samenbläschen, mit besonderer Berücksichtigung der Technik des Massierens, von J. D. Thomas. (*Internat. Magas.* Jan. 1901.) Die chronische Spermatocystitis ist in der Regel blennorrhoischen Ursprungs; die Diagnose ist nur durch die rektale Untersuchung zu

stellen; die Behandlung besteht am zweckmäfsigsten in der Entleerung der Samenbläschen durch Massage. Verfasser massiert mit dem Finger, während der Patient gebückt vor ihm steht; teils führt er bei gestrecktem Finger streichende Bewegungen mit dem ganzen Arme aus, teils nur Bewegungen mit der Fingerspitze. Bei mageren Patienten, bei denen man vom Abdomen her einen Druck auf die Blase ausüben kann, läfst er die Blase vor der Massage entleeren, bei fetten Leuten zieht er die Massage bei voller Blase vor. Wenn er die Spitze der Samenbläschen so noch nicht erreichen kann, dreht er die Handfläche nach aufwärts, übt auf den Anus einen Zug nach dem Steifsbein zu aus und massiert mit dem Fingerrücken oder dem Nagel. Diese Prozedur wird etwa alle fünf Tage ausgeführt. *A. Loewald-Cassel.*

„Fingerhüte" zur Massage der Samenbläschen, von J. Ril. Eastman-Indianapolis. (*New York. med. Journ.* 27. Okt. 1900.) In der richtigen Annahme, dafs ein mit normalem Zeigefinger begabter Arzt mit demselben bei der Untersuchung vom Mastdarm aus höchstens die untere Hälfte der Samenbläschen erreichen kann, konstruierte sich E. ein fingerhutähnliches 3 Zoll (= 7¾ cm) langes Instrument, welches dem Zeigefinger aufgesetzt wird, um die Samenbläschen auszustreichen oder zu massieren, und möglichst den leicht gebeugten Zeigefinger imitiert; es ist von Kupfer gemacht, Nickel plattiert, und wird so dem Zeigefinger aufgesetzt, dafs es denselben um 1¾ Zoll (= 4½ cm) verlängert. Das distale Ende ist auf 1 Zoll (2½ cm) verbreitert, das Instrument ist bei der von Fuller angegebenen Stellung (stehend, die Knie gestreckt, den Körper im rechten Winkel vorwärts gebeugt) leicht einzuführen. Die zwei beigegebenen Zeichnungen klären über Beschaffenheit des Instruments wie Art der Einführung aufs beste auf. Verfasser wandte dasselbe in einer Reihe von Fällen, natürlich nur chronischen Verlaufes, mit bestem Erfolg an. Es sollte jedoch vor Gebrauch des „Fingerhutes" mit dem Finger allein eine möglichst exakte Diagnose gestellt und auch im Verlauf der Behandlung mit diesem von Zeit zu Zeit untersucht werden. [Auffallend ist, dafs noch in den besten Spezialwerken die rein digitale Abtastbarkeit der Samenbläschen als etwas ganz leichtes hingestellt wird, während der vorliegende Artikel, wenigstens nach des Referenten Erfahrung, mit vollem Recht das Gegenteil hervorhebt.] *Stern-München.*

Excision von Samenbläschen wegen tuberkulöser Erkrankung, von M. Moullin. (*Brit. med. Journ.* 13. Jan. 1900.) Der Verfasser berichtet über zwei Fälle, bei denen er eins der Samenbläschen wegen tuberkulöser, vom Nebenhoden ausgehender und nach oben sich fortsetzender Erkrankung entfernt hatte. Auch der in Mitleidenschaft gezogene Testikel wurde durch eine inguinale oder inguino-scrotale Incision beseitigt. Die Blutung war verhältnismäfsig gering. Die Patienten genasen. *C. Berliner-Aachen.*

Experimentelle Studien über Pathogenese und Histologie der Hodentuberkulose, von Baumgarten. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 44.) Die Hodentuberkulose entsteht wohl meistens auf hämatogenem Wege; Verfasser versuchte sie deshalb experimentell zunächst durch hämatogene Infektion zu erzeugen. Das gelang nicht: alle möglichen Organe erkrankten, der Hoden blieb gesund. Auch die Hervorrufung der Hodentuberkulose durch Infektion von Blase und Prostata mifslang, trotzdem letztere Organe hochgradig Tuberkulose zeigten. Die direkte Infektion durch intraparenchymatöse Injektion von Tuberkelbacillen bewirkte Ablagerung im interstitiellen Bindegewebe mit Epitheloidwucherung, Leukocytenemigration, Kompression der Hodenkanälchen, später Eindringen der Bacillen in die endotheliale Wand der letzteren; die feine elastische Grenzlamelle leistet am längsten Widerstand, sodafs die

Bacillen erst sehr spät ins Epithel gelangen. Vier Wochen nach der Infektion beginnt sich der gebildete Knoten abzugrenzen und verkäst im Innern. — Ein anderes Bild lieferte die Infektion durch Injektion der Bacillen in das Vas deferens; hier eröffnete eine Wucherung des Hodenepithels den Prozeſs, wie man es beim Menschen in typischen Fällen von Hodentuberkulose meist findet, es bildete sich eine tubuläre Tuberkulose, die sich in die Tunica propria und das intertubuläre Gewebe fortsetzt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Experimentelle Beiträge zu Studium der Hodentuberkulose, von C. Kraemer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 45.) Behufs Infektion des Hodens versuchte Verfasser, da die direkte Injektion ins Hodenparenchym nicht gute Resultate gab, zunächst Injektionen von Tuberkelbacillen in das Vas deferens, welches dann unter der Injektionsstelle ligiert werden muſste. Das Ergebnis war folgendes: Tuberkulose des Hodens wurde in 3—4 Wochen erzielt. Die Spermatozoenbildung hatte vollkommen aufgehört. Die erste spezifische Veränderung beginnt, dem Infektionswege gemäſs, intrakanalikulär. Die Kanälchen werden durch wuchernde Zellen und Leukocyten ausgefüllt, die Wand als konzentrisch verdickter Ring, der noch keine Bacillen enthält; es besteht also nur eine entzündliche Hyperplasie. Dann beginnen die Zellen in den Kanälchen zu einer strukturlosen Masse zu zerfallen, die Zellen der Wandungen erhalten mehr epitheloiden Charakter. Allmählich verlieren durch intertubuläre Wucherung epitheloider Zellen die Wände ihre Ringform. Der Inhalt der Kanälchen wird immer homogener. Soweit ist der Prozeſs nach vier Wochen: Verkäste Herde in einer Masse epitheloider Zellen; die einzelnen Lobuli heben sich noch deutlich ab. Tuberkelbacillen in den Zellen eingelagert. — Es scheint, als ob ein direktes Eindringen der Bacillen in den Hoden bei der Injektion nicht statthat, sondern nur allmählich der wachsende Innendruck sie hineinpreſst. — Diese Experimente beweisen die Möglichkeit der Entstehung der Hodentuberkulose von den Hodenkanälchen aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Primäre Hodentuberkulose, von F. A. Southam. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1900.) Der Verfasser berichtet über einen 36jährigen Mann, an dem er wegen Tuberkulose des rechten Hodens die Kastration desselben vorgenommen hatte. Der untere, etwa 4½ Zoll lange eiterkranke Teil des Vas deferens wurde excidiert. Einige Monate vorher war dem Patienten bereits der linke Testikel wegen derselben Erkrankung entfernt worden. Es erfolgte vollständige Heilung ohne irgendwelche psychische Störungen, welche nach dem Berichte einzelner Autoren aus der doppelseitigen Kastration resultieren sollen. Verfasser hat auch in vier anderen Fällen von Hodentuberkulose mit nachfolgender Kastration keine psychischen Erscheinungen auftreten sehen.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberkulose durch Unterbindung des Samenstranges, von P. Mauclaire-Paris. (*Presse méd.* 1900. No. 79.) Die Kastration tuberkulöser Hoden, welche von unseren Vorfahren vorgenommen wurde, weil sie glaubten, aus der Affektion könne sich Krebs entwickeln, wurde, nachdem sie seit Laennec verlassen worden war, mit dem Aufkommen der Antisepsis wieder aufgenommen. Heutzutage wird sie nur bei ausgedehnter Eiterung und multipler Fistelbildung angewendet. Meist ist sie keine radikale Operation, weil sie zu spät vorgenommen wird und zu der Zeit schon krankhafte Anlagen im anderen Hoden oder im Samenstrang bestehen. Aufserdem muſs der Operateur mit Rücksicht auf die der Kastration folgenden schweren Neurasthenien einen Rest des Hodens stehen lassen. Auch sind gegen letztere Prothesen aus Kautschuk, Aluminium, Elfenbein o. ä. empfohlen worden. Astley Cooper, Bardenheuer u. a. empfehlen die einfache Excision

der erkrankten Hodenpartien, doch ist diese vielfach völlig ungenügend, wegen unentdeckt bleibender Metastasen. Neben der kaum in Betracht kommenden Epididymektomie haben wir noch die Excision der einzelnen tuberkulösen Knoten und Herde, sowie die Kauterisation mit dem Thermokauter. Verfasser empfiehlt und hat mit gutem Erfolge angewendet die doppelte Unterbindung des Samenstranges und die Durchschneidung desselben zwischen den Unterbindungsstellen. Die Ligation muß möglichst nahe dem Austritt aus dem Leistenkanal vorgenommen werden, und zwar ist das Vas deferens nebst seiner Arterie und einer Vene dabei zu erhalten. Mit Vorteil wird gleichzeitig die eventuell geschwollene Leistendrüse exstirpiert, und längs des Samenstranges nimmt Mauclaire vier oder fünf Kauterisationen vor, um eventuelle latente Herde mit zu treffen. Diese Methode der Operation ist schon 1862 von Skeg und vielleicht auch von Mahoir vorgenommen worden, aber nur vereinzelt.

Hopf-Dresden.

Carcinom des Testikels, von H. J. Clark. (*Brit. med. Journ.* 20. Okt. 1900.) Das 1 Jahr alte Kind zeigte bei der Geburt normale Testikel. Als es 10 Wochen alt war, wurde eine geringe Vergrößerung des linken Hodens bemerkt. Die Schwellung nahm stetig zu und erreichte, als das Kind 8 Monate zählte, die Größe eines Hühnereies, war glatt und fest. Die benachbarten Drüsen waren nicht vergrößert. Der Testikel wurde operativ entfernt und erwies sich mikroskopisch als ein Cylinderzellencarcinom. Abgesehen von kongenitalen Nierentumoren sind Cylinderzellencarcinome bei Säuglingen sehr selten.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur Behandlung der Hydrocele, von H. Vetere. (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1900. No. 15.) Nach einer längeren Beschreibung der Affektion in Bezug auf Symptomatologie, pathologische Anatomie sowie der verschiedenen Behandlungsmethoden kommt Verfasser zum Schlusse, daß die blutige Intervention, ganz wenige Ausnahmefälle abgerechnet, den Jodinjektionen vorzuziehen sei, indem erstere weniger häufig zu üblen Zufällen und zu Recidiven Anlaß gebe. Die breite Incision erlaubt ferner eine genaue Besichtigung und entsprechende Behandlung der eventuellen pathologischen Produkte, die man öfters in der Vaginalis konstatiert. Unter allen operativen Methoden zieht Verfasser diejenige von Julliard-Genf vor, welche darin besteht, daß die Vaginalhöhle mit einer schwachen Karbolsäurelösung ausgespült und sodann von der Tunica vaginalis soviel resseciert wird, daß genug zur Bedeckung des Hodens und Samenstranges übrig bleibt. Sodann wird die Vaginalis mit Katgut vereinigt. Verfasser hat mit dieser Methode bisher Recidive vermeiden können.

C. Müller-Genf.

Über radikale Heilung der Hydrocele durch Umstülpung der Tunica vaginalis, ein neues Verfahren, von L. Longuet. (*Presse méd.* 1900. No. 90.) Die totale Excision der Tunica vaginalis, welche als radikale Operation zur Heilung der Hydrocele einzig in Frage kommen kann, hat neuerdings eine Konkurrentin bekommen in einer neuen Operationsmethode, welche Vautrin-Nancy und Jacoulay zuerst angegeben hat und deren Wesen darin besteht, statt die Tunica zu entfernen, sie umzustülpen, um eventuelle neue Sekretion in die Maschen des Zellgewebes hinein gelangen zu lassen, wo die Flüssigkeit zur Resorption gelangen kann. Diese ersten Versuche fallen auf das Jahr 1893. Gegenüber dem bisherigen Vorgehen bei dieser operativen Methode, nämlich subseröser Loslösung der Cyste mit Blutstillung, Incision des durch die Hautwunde herausgezogenen Hydrocelensackes und Eversion mit Fixierung der Tunica vaginalis sowie konsekutiver Reposition des Hodens giebt Verfasser zwei neue Methoden an; nämlich die eine ohne Loslösung der Kyste und ohne Hämostase, nur mit Incision der Haut und des Zellgewebes, dann der Hydrocele in

gleicher Länge (3½ cm) und direkte Umstülpung des ganzen Hydrocelesackes mit Anhang und Fixation durch Nähte, während der Hoden reponiert und dann das ganze geschlossen wird. Die andere Methode kombiniert damit eine partielle Excision der Tunica. *Hopf-Dresden.*

Zur Krankenpflege der Prostataleiden, von F. Kornfeld. (*Wien. med. Blätter.* 1900. No. 8—10.) Krankenpflege wird nirgend, auch nicht in den Specialkursen für Ärzte gelehrt; es wäre aber wünschenswert, daſs manches in dieser Richtung in die Vorträge eingeflochten werde. Sicher ist, daſs viele kleine Handhabungen und Kunstgriffe dem Anfänger vom Wartepersonal überliefert werden, ja daſs wir Ärzte erst im Laufe unserer Praxis von Kranken gewisse Vorteile erlernen, die wir dann in weiteren Fällen zum Nutzen der später in unsere Hände gegebenen Patienten zu verwerten in der Lage sind. Der Wert der Krankenpflege kommt bei Blasen- und Prostataerkrankungen in chronischen Fällen, namentlich bei der Hypertrophie der Prostata alter Leute und deren Folgezuständen und Komplikationen, Blasenparese, septische Fälle etc. viel mehr zum Ausdruck als bei den ganz akuten oder subakuten Komplikationen der Blennorrhoe, wie sie an der Prostata vorkommen (Prostataabscefs, Prostatitis chron.). Bei Prostatikern fallen jene Maſsnahmen, welche zur Verhütung des raschen Fortschreitens des Prozesses getroffen werden können, zumeist in das Gebiet der Krankenpflege. Sobald die nötigen Eingriffe der wissenschaftlichen Therapie beendet sind, ist in zahlreichen Fällen der Kranke vorwiegend in die Hände der Pflegerin übergeben, welche die notwendigen Manipulationen (regelmäſsiger, evacuatorischer Katheterismus) durchführt, wenn dies nicht vom Kranken selbst besorgt wird. Die Prophylaxe in Bezug auf Lebensweise, Nahrung, Kleidung, Verhalten bei gewissen Verrichtungen und Lebensgewohnheiten fällt somit in das Bereich der Krankenpflege. Verfasser schildert nun eine Reihe von Handlungen, wie sie die Verschiedenheit bei einzelnen Erkrankungsformen und Stadien, sowie das individuelle Verhalten der einzelnen Kranken erheischt (Art des Katheterismus, Vorteile und Kunstgriffe, Reiben und Wärmen des Instrumentes, Sensibilitätsverschiedenheiten der Urethra, Blasenwaschungen etc.). Ferner schildert er den Verlauf septischer Formen der Cystopyelitis bei Prostatikern und die groſse Zahl der Maſsnahmen, welche das schwere Leiden zu mildern geeignet sind, und erörtert die Frage des Alkoholgenusses in solchen schweren Fällen, den Wert der Milchdiät, der Brunnenkuren etc. Die schweren Blasenerkrankungen der Prostatiker, welche sehr oft unter dem Bilde einer primären Magen-Darmerkrankung sich abspielen, während letztere bloſs sekundäre Komplikationen darstellen, erfordern eine auſserordentliche Vorsicht bei der Behandlung, ja sie bilden oft ein Noli me tangere (septischer Verlauf, Blutungen aus dem Harnapparate, Anurie). Im weiteren giebt Verfasser ein Bild der Anfangsstadien der Prostatahypertrophie und zieht einen Vergleich zwischen den larvierten Formen derselben (Magencarcinom, chronische Gastritis etc.) und dem analogen Vorkommen bei chronischer Prostatitis, welche mindestens ebenso oft verkannt wird wie die Hypertrophie alter Leute, indem sie Neuritis, Neurasthenie, Ischias, selbst Tabes dorsalis vortäuschen kann. Anschlieſsend daran bespricht Verfasser die sachgemäſse Behandlung solcher Fälle, die Aufmerksamkeit in der Pflege solcher Kranken, bei denen nervöse Zustände oft vorherrschen oder durch die unrichtige verschleppte Behandlungsweise künstlich gezüchtet werden. Die Technik der Massage, sowie deren Individualisierung im Einzelfalle erfordern ganz spezielle Maſsnahmen (Dauer und Häufigkeit der Massagesitzungen, Kühlapparate, Suppositorienbehandlung etc.). Ein Gegenstück zu den schweren septischen Formen der Prostatahypertrophie und ihrer Komplikationen (metastatische Abscesse, Abscedierungen in der hypertrophischen Drüse, Varicositäten

und Thrombosen der Beckenvenen, Phlebitiden, Pericystitis etc.) bilden die manchmal unter dem Bilde der Sepsis verlaufenden Prostataabcesse bei Blennorrhoe. Ein vom Verfasser beobachteter Fall verlief unter hohem Fieber, Schüttelfrösten, schweren Gelenkaffektionen und Paraplegie, als deren Ursache sich bei der Autopsie ein metastatischer Abscefs in der Medulla oblongata ergab, letal. Die Prognose der akuten Abscesse ist demzufolge gewifs eine weit ernstere, als sie in der Regel gestellt wird. Verfasser betont zum Schlusse die Bedeutung der Krankenpflege bei der Behandlung von Prostataleiden und weist darauf hin, dafs erst eine Ausgestaltung und Sammlung der bereits gebräuchlichen Technicismen und Hülfsbehelfe ein einigermafsen übersichtliches Bild über dieses Hülfsgesetz der wissenschaftlichen Therapie schaffen könne.

A. Alpár-Alexandria.

Über Kleinheit der Vorsteherdrüse und die sie begleitenden Harnstörungen, von Josef Englisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1900. No. 51.) Kleine Vorsteherdrüsen können angeboren oder durch organische Veränderungen erworben sein. Vortragender fand bei 1747 Individuen 290 mal kleine Vorsteherdrüsen. Angeborene Kleinheit ist bei normaler Konsistenz und Fehlen jeder schwundbedingenden Krankheit zu diagnostizieren. Schwächliche Anlage des Körpers, Tuberkulose wurden oft dabei gefunden. Je kleiner die Prostata, um so kleiner der Ring der die Harnröhre hinten umgebenden Kreisfasern, der vordere Ring, gegen die Schambeinfuge fixiert, überwiegt infolgedessen bei der Kontraktion, bildet einen Vorsprung (Valvula). Verfasser unterscheidet: A. Klappen ohne Drüsengewebe, a) nur aus Schleimhaut (Valvula mucosa), b) aus Schleimhaut und Ringfasern (Valvula muscularis); B. mit Drüsengewebe (Valvula musculo-glandularis). — Verfasser schildert die verschiedenen Formen genauer. — Die Folgen der Klappen erklären sich 1. durch das Angeborensein und 2. durch die gleichzeitig vorhandene, schwache Entwickelung der Blasenmuskeln. Sie sind: Ausdehnung der Blase, Hypertrophia excentrica, Erweiterung der Harnleiter, der Nierenbecken, Schwund der Nieren. Die Folgen sind am meisten ausgeprägt bei einfachen Schleimhautklappen, da hier die Blase am schwächsten ist. — Die Erscheinungen sind: 1. Enuresis in der Pubertät und nach derselben. 2. Häufiger Harndrang, sich steigernd bis zur Harnverhaltung. Bei jugendlichen Individuen beruht er auf einer kräftigen Zusammenziehung der Blase bei mäfsig entwickelter Muskulatur oder auf Retention bei schwacher Muskulatur. Auf Retention ist stets zu fahnden. Der Drang ist oft bei Tage auffallender. Bei alten Leuten steigern sich die Beschwerden auffallend schnell bis zu den höchsten Graden, schneller als bei der einfachen Prostatahypertrophie. 3. Blasenkatarrh. 4. Schmerz. 5. Störungen seitens des Mastdarms und der Beckennerven nur bei starker Ausdehnung der Blase nach der Kreuzbeinhöhlung und bei endzündlichen Vorgängen um die Blase. — Die Diagnose ist gegeben durch die Mastdarmuntersuchung: kleine, elastische, scharf begrenzte Prostata; Verdickung des Übergangs der Pars prostatica in das Blasendreieck. Der Katheter wird hier aufgehalten, fühlt einen elastischen Widerstand, dringt nur nach starkem Senken unter die Horizontale ein, und zwar an der inneren Harnröhrenöffnung ruckweise. — Die kleine Vorsteherdrüse ist demnach nicht minder gefährlich als die vergrörserte, manchmal gefährlicher, selbst schon in jungen Jahren. Die Therapie ist eine palliative oder radikale: langes Einführen starker konischer Metallsonden, blutige Durchtrennung mit oder ohne Abtragen der Schnittränder, am besten nach Sectio alta oder mediana. —

Atrophie der Prostata kann sein: 1. senilis, 2. cachectica, 3. functionalis, 4. inflammatoria, 5. ex compressione. — Die Atrophia senilis kommt bei allen Prostataformen vor. — Atrophia cachectica kann chronisch, z. B. bei Tuberkulose oder auch bei schnellem Körperverfall sich entwickeln. — Die funktionelle Atrophie

bildet sich nach Verlust des Hodens, des Samenleiters, der Samenstranggefäfse aus. — Entzündliche Atrophie ist die Folge von Eiterungen, Tuberkulose, Neubildungen, Ansammlung von Drüsensekret, Harnstauung in der Drüse, Konkrementbildung, Fremdkörper. — Druckschwund bedingen Cysten, Polypen, Neubildungen in der Umgebung. — Die Erscheinungen sind: Verkleinerung der Drüse, ungleichmäfsig in beiden Lappen; scharfe Begrenzung; höckrige Oberfläche; Zunahme der Härte besonders am äufseren Rande und an den Spitzen der Seitenlappen; grauer, graurötlicher, selbst fibromartiger Durchschnitt. Die Harnröhre bietet nur durch die Starrheit ihrer Wandungen den Instrumenten ein Hindernis. Harndrang, Harnverhaltung mit Überfliefsen etc. stellen sich ein. Die Folgen der angeborenen Kleinheit sind dieselben wie diejenigen der erworbenen Atrophie, nur dafs letztere später eintreten. — Die Behandlung erheischt Beseitigung etwaiger Ursachen der Atrophie, ist im übrigen eine palliative. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis und ihren Einfluſs auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen, von Lohnstein. (*Disch. med. Wochenschr.* 1900. No. 52.) Um die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis festzustellen, führte Verfasser an 80 Patienten 542 titrimetrische Untersuchungen aus; er fand in 75 % saure, in 20 % alkalische und in 5 % neutrale Reaktion. In zahlreichen Fällen schwankte die Reaktion zu verschiedenen Zeiten bei demselben Patienten. Was den Einfluſs der Reaktion auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen anbelangt, so war er nicht deutlich zu erkennen, denn man fand das Verhältnis der Fälle mit lebenden zu denen mit toten Spermatozoen bei saurer Reaktion 1 : 0,46 und bei alkalischer 1 : 0,57. Ein Einfluſs des Eitergehalts auf die Acidität lieſs sich nicht feststellen. Bei Anwesenheit von Spermatozoen fand sich stets eine erheblich vermehrte Menge des Massageproduktes, sodafs es scheint, als ob die Anwesenheit von Sperma reflektorisch die Prostatasekretion anregt.

In der hieran anschlieſsenden Diskussion sprach Posner seine Verwunderung über Lohnsteins Ergebnisse aus und fragt, ob die saure Reaktion mit Phenolphthaleïn oder mit Lacmoid angestellt sei; erstere lasse oft die Alkalescenz nicht erkennen. Fürbringer betont die Wichtigkeit der Lohnsteinschen Untersuchungen, da sie systematisch angestellt seien; er fand zuerst bei einem neurasthenischen Herren im Produkt der Defäkationsspermatorrhoe die Spermatozoen starr, im Pollutionsprodukt dagegen voll beweglich; ferner fragt er, auf Grund welches Befundes Lohnstein die Diagnose Prostatitis stellt, da er überrascht sei über die grofse Zahl der von L. beobachteten Fälle. Casper betont aber auch die Häufigkeit der Prostatitiden nach Blennorrhoe, nur sei nicht die Prostatitis die Ursache der Sterilität, sondern die Epididymitis. Alfred Rothschild sieht die Ursache der verschiedenen Ansichten über die Häufigkeit der Prostatitis in der verschiedenen Methodik; er empfiehlt sehr sorgfältige Reinigung der Harnröhre vor der Expression der Prostata; dann würde die Zahl der Prostatitisfälle schon nicht so grofs erscheinen. Lohnstein teilt im Schlufswort die von ihm unter allen Vorsichtsmafsregeln ausgeführte Untersuchungsmethode mit; als Indikator benutzte er Phenolphthaleïn, das ihm bessere Resultate gab, als Lacmoid. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Schübe akuter Prostatitis im Verlaufe der senilen Prostatahypertrophie, von Guépin. (*Progès méd.* 1901. No. 6.) Verfasser verweist auf eine seiner früheren Arbeiten (*Les glandes de l'urètre*, 1894), worin nachgewiesen wird, dafs die senile Prostatitis ihrer Natur, ihrem Ursprung und ihrer Entwickelung nach von den Drüsenkanälen ausgeht. Die Prostatahypertrophie ist eine periglanduläre,

progressive Sklerose, zu welchem Endstadium eine jede Prostatitis führen kann, wenn sich die nötigen Bedingungen zusammenfinden. Dementsprechend sind denn auch akute Komplikationen in Gestalt eines intraprostatischen Abscesses (der periprostatische Abscefs, die wahre Phlegmone der Prostata, ist dagegen selten) im Verlaufe der Prostatahypertrophie ein häufiges Vorkommen. Die nächste Ursache dieser akuten Schübe ist stets dieselbe: mangelhafte Sorgfalt beim Katheterisieren, zumal wenn gleichzeitig allgemeine infektiöse Zustände (Influenza etc.) in Frage kommen. Der Abscefs entleert sich meist auf natürlichem Wege, d. h. per urethram. Verfasser betont den hohen Wert der digitalen Kompression der Prostata und der Samenbläschen, nicht nur in therapeutischer Richtung (Massage), sondern auch in diagnostischer. *C. Müller-Genf.*

Zwei klinische Vorlesungen über Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer-London. (*Lancet.* 12. Jan. 1901.) Die Arbeit enthält mehr eine Übersicht unserer diesbezüglichen Kenntnisse als eigentlich neue Beobachtungen. Es werden die verschiedenen möglichen Operationen, palliative, radikale und die auf Einleitung einer Atrophie des Organes hinzielenden der Reihe nach besprochen: Drainage der Blase nach Perinealschnitt resp. nach Sectio alta, die Bottinische Operation, Entfernung des Mittellappens von einem Perinealschnitt aus, Prostatektomie nach McGill, Perineale Prostatektomie nach Dittel mit oder ohne die Nicollsche Modifikation des hohen Blasenschnitts resp. mit einem die Urethra eröffnenden Perinealschnitt nach Freyer (vide Referat); Kastration, Vasektomie. Im allgemeinen ist F. kein grofser Freund von allem Operieren in diesen Fällen. Die Einführung einer Stahlsonde in steigenden Gröfsen in die Blase und Liegenlassen während 10—12 Minuten wird als höchst wohlthuend erwähnt. Ebenso die Darreichung von Ergotin im Verein mit einem salinischen Laxans. Zum Klarhalten des Urins ist Acid. boric. 1,5 g bis vel ter die resp. 0,6 quater die) per os verabreicht das zweckmäfsigste Mittel. Nicht genügend beachtet sei die Möglichkeit, dafs zwischen der Prostata und der vorderen Blasenwand sich eine Tasche, die manchmal Sitz eines Konkrementes ist, bilden kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Bemerkungen über Residualharn in Fällen von Prostatahypertrophie, von A. G. Miller-Edinburgh. (*Scott. Journ.* 1900. No. 2.) Das Auftreten von Residualharn hat seine Ursache in einer mangelhaften Entleerung der Blase, wie sie sich Prostatiker leicht angewöhnen. Durch die Kumulierung dieser mangelhaften Evakuationen mehren sich alle vom Residualharn ausgehenden Beschwerden nur noch mehr. Verfasser rät deshalb den Prostatikern, kurze Zeit nach jeder Miktion noch einmal eine weitere Entleerung der Blase zu versuchen. Auf diese Weise sinkt ein Residualharn von 100 g oft auf verschwindende Quantitäten, und damit vergehen alle Beschwerden. *Hopf-Dresden.*

Die kongenitalen Vesico-Umbilicalfisteln bei den Prostatikern, von Flécheit. (Dissertation, Lyon 1899.) Die Fisteln sind auf eine vollständige oder unvollständige Durchgängigkeit des Urachus zurückzuführen. Die Gelegenheitsursache ihres Auftretens bildet eine Obstruktion der Harnröhre durch die kongestionierte Prostata. Die Cystitis begünstigt das Entstehen der Retention und die Erhöhung des Blasendruckes. Das einzige charakteristische Merkmal der Affektion ist das Austreten von Urin aus dem Nabel, das plötzlich ohne alle Prodrome eintritt. Die Behandlung besteht in der partiellen Resektion der Urachus und selbstverständlich in der Beseitigung der Komplikationen. *C. Müller-Genf.*

Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie in den Vereinigten Staaten, von RAMON GUITERAS. (*New York med. Journ.* 8. Dez. 1900.) Von den verschiedenen Operationsmethoden kommen für G. nur mehr die Prostatektomie und die BOTTINIsche Operation in Betracht. Zur Entscheidung, welche von beiden zu wählen ist, sind zu berücksichtigen: 1. das Alter des Patienten, 2. Größe und Gestalt der Prostata und 3. Zustand von Nieren und Blase. Je älter der Patient, desto weniger leicht wird er die Gefahren einer Prostatektomie überstehen, während bei jüngeren Individuen mit gesunden Nieren und Blase eine grofse vom Rektum aus fühlbare Prostata die Indikation für deren Entfernung abgiebt. Die BOTTINIsche Operation kann jedoch in fast jedem Falle ausgeführt werden, in welchem das Instrument in die Blase eindringen kann, und auch in ausgesprochenen Fällen von Vergrößerung der Drüse von Vorteil sein, während in vielen Fällen von kleinen sklerosierter Prostata mit einem den Mittellappen betreffenden Hindernis eine Enukleation nicht möglich ist. Was die Technik der BOTTINIschen Operation betrifft, so empfiehlt G. die von FREUDENBERG (Berlin) angewandten Verbesserungen, bei der Prostatektomie sind zwei Wege, vom Perineum und von der Blase aus, zu unterscheiden. Bei einem grofsen Mittellappen ist letzterer Weg, wenn hauptsächlich die Seitenlappen betroffen sind, jenem vom Perineum aus vorzuziehen. Dem Vorgehen FULLERS folgend, wählte G. die sogenannte rectovesicale Methode, wobei die Finger der einen Hand in das Rektum eingeführt werden, um einen Gegendruck und Führung gegen die operierende Hand, welche von der geöffneten Blase aus vorgeht, auszuüben (s. 2 Abbildungen). Nach Entfernung der Drüse tritt immer starke Blutung ein, zu deren Stillung sollte zwei bis drei Minuten lang in die Blase von oben her sehr heifses Wasser injiziert werden. Vor und nach der Operation sollte ferner ein antiseptisch wirkendes Mittel, vor allem Urotropin (3 mal täglich 0,6 g), gegeben werden, ferner Milchdiät u. s. w. G. glaubt übrigens, die Prostatektomie steckte noch in ihren ersten Anfängen, und hofft von der Zukunft bedeutende Verbesserungen in deren Technik.

Stern-München.

Die Dauererfolge der operativen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie, von FELIX LEGUEU-Paris. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 31.) Für die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie kommen drei Methoden in Betracht: 1. Operationen, welche eine Ableitung des Urins bezwecken, 2. Operationen, welche indirekt durch Einwirkung auf die Hoden die Prostata verkleinern sollen, 3. Operationen, welche die Prostata direkt angreifen.

Die zur ersten Gruppe gehörigen Operationen, die perineale Urethrotomie nach THOMPSON und die perineale Prostatomie nach HARRISON einerseits, die Cystotomie, bezw. Cystostomie vom Hypogastrium aus andererseits, kommen nur zur Beseitigung akuter Komplikationen in Betracht; es sind nur Palliativoperationen ohne Dauererfolge.

Zur zweiten Gruppe gehört die doppelseitige Kastration, die Angioneurektomie und die Resektion der Vasa deferentia, die Vasektomie. Die Kastration führt nur, wenn sie im ersten Stadium der Prostatahypertrophie, im Stadium der Dysurie oder bei der ersten akuten Retention ausgeführt wird, zu dauernder Verkleinerung der Prostata und damit zur Heilung. In vorgeschritteneren Fällen bewirkt sie durch Beseitigung der Kongestion der Blase und der Prostata lediglich eine Besserung der einzelnen Krankheitssymptome, und auch diese Besserung hat in vielen Fällen keinen langen Bestand. Über die Angioneurektomie läfst sich bei der Neuheit des Verfahrens noch nichts bestimmtes sagen. Die Vasektomie wirkt nur momentan durch Beseitigung der Kongestion, dauernde Verkleinerung der Prostata hat sie nie zur Folge.

Zur dritten Gruppe endlich gehören die Prostatotomie und die Prostatektomie.

Die Prostatotomie nach HARRISON, bestehend in Durchschneidung der Prostata vom Perineum aus und Einlegung einer Dauersonde in die eröffnete Urethra, bewirkt gewöhnlich eine beträchtliche, aber nur vorübergehende Besserung. Die BOTTINIsche Operation ergiebt in vielen Fällen, besonders wenn es sich um cirkumskripte Hypertrophie handelt, dauernde Heilung, in vielen anderen Fällen bedeutende, anhaltende Besserung der Symptome. Die Prostatektomie von der Blase aus nach DITTEL bewirkt, wenn es sich lediglich um Hypertrophie des mittleren Prostatalappens handelt, dauernde Heilung. Die seitlichen Lappen können auf diesem Wege nicht abgetragen werden. Dagegen gestattet die perineale Prostatektomie nach NICOLLE die Entfernung der ganzen Prostata, bezw. aller einzelnen Teile, besonders auch der seitlichen Lappen. Sie ergiebt bei minimaler Mortalität sehr gute unmittelbare Erfolge; ihre Dauererfolge sind allerdings noch unbekannt. Es ist jedoch zu erwarten, daſs auch die Dauererfolge dieser Operation, besonders wenn sie recht frühzeitig ausgeführt wird, in jeder Hinsicht befriedigen. *Götz-München.*

Zur Statistik und Technik der BOTTINIschen Operation bei Prostatahypertrophie, von ALBERT FREUDENBERG-Berlin. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 61. No. 4.) Verfasser berichtet über die im ganzen statistisch verwertbaren 683 Fälle der BOTTINIschen Operation einschlieſslich seiner eigenen und kommt zu dem Resultat, daſs die Mortalität 4¼ bis 5½ %, Miſserfolge 6½ %, gute Erfolge 88 % betragen. Er schildert eingehend mit beigefügten sehr instruktiven Illustrationen die bekannte Operation mit den Modifikationen des Verfassers und legt ein von ihm konstruiertes neues Instrument zur Ausführung derselben vor. Die Operation selbst wird am zweckmäſsigsten bei mit Luft gefüllter Blase gemacht. Seine Schluſserklärung giebt F. dahin ab, daſs die BOTTINIsche Operation von allen Operationsverfahren bei Prostatahypertrophie an erster Stelle in Betracht kommt, doch muſs man eine ganze Reihe von Einzelheiten genau beachten, wenn man volle Erfolge erzielen will. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Resultate der BOTTINIschen Operation bei Prostatahypertrophie. Demonstration eines gemeinsam mit Dr. BIERHOFF konstruierten cystoskopischen Prostata-Incisors, von ALBERT FREUDENBERG-Berlin. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 46.) Verfasser, der sich um die Einführung der BOTTINIschen Operation in Deutschland zweifellose Verdienste erworben hat, führte dieselbe bisher 86 mal bei 69 Patienten aus. Vier Todesfälle kamen infolge der Operation vor, wahrscheinlich groſsenteils bedingt durch Unvollkommenheit der damals üblichen Technik; übrigens bestanden bei den vieren schon Pyelitis resp. Nephritis. Zwei weitere, 78jährige Patienten starben 24 resp. 49 Tage nach der Operation an bereits lange vorher bestandener chronischer Pyelonephritis trotz der Operation. Es ergiebt sich also eine Mortalität von 5,8 % oder, wenn man die zwei letztgenannten hinzuzählt, von 8,2 %. — Acht mal wurde die Operation nicht wegen Prostatahypertrophie, sondern wegen chronischer Prostatitis und Neurasthenie ausgeführt, unter diesen Fällen befindet sich kein Todesfall. Was die Erfolge betrifft, so wurden 61 Patienten (= 70,92 %) als geheilt, 16 (= 26,23 %) wesentlich gebessert entlassen. Ohne Erfolg blieben 8 Fälle (= 13,1 %); bei diesen verspricht eine Wiederholung des Eingriffs zum Teil ein gutes Resultat. — Ein Recidiv hat Verfasser in vier Jahren nur einmal gesehen; der Obduktionsbefund bei einem, an einer interkurrenten Krankheit verstorbenen Operierten macht dieses verständlich. — Die Gesamtstatistik ergiebt noch etwas bessere Resultate als die des Verfassers. — Die Ausführung der BOTTINIschen Operation erheischt die Beachtung einer ganzen Reihe von Einzelheiten, auf die Verfasser hinweist. Um Schnitte bis zu 5 cm Länge machen zu können, wird ein neues Modell des Incisors angegeben.

Der fernerhin geschilderte cystoskopische Prostata-Incisor gestattet unter Kontrolle des Auges zu operieren. Das Instrument wird hergestellt von Louis und H. Löwenstein in Berlin. In zwei Fällen hat sich das Instrument vollständig bewährt; daſs es das alte ganz verdrängen wird, glaubt Verfasser selbst nicht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation, von Kudinzero-Charkow. (*Med. Woche.* 1901. No. 4 u. 5.) K. berichtet über 25 Operationen, von denen nur 7 erfolglos verliefen, er zieht die partielle Resektion der Kastration vor und teilt auch die Ansichten anderer Autoren mit, welche sich günstig über das Verfahren äuſsern (Helferich, Bruns, Czerny). Meist tritt sofort eine Besserung der Beschwerden ein, die aber nur kurz anhält, darauf erfolgt eine Verschlimmerung und dann ganz allmählich eine anhaltende Besserung respektive Heilung. Verfasser bespricht dann die ganze Theorie der Prostatahypertrophie, die noch sehr streitig ist und erwähnt neben anderen Behandlungsweisen auch den innerlichen Gebrauch von Prostatasubstanz, dessen heilsame Wirkung indessen nur so lange anhält, als der Patient das Mittel gebraucht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Eine neue Methode die Prostatektomie auszuführen, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 24. März 1900.) Die weitaus gröſste Zahl von Fällen seniler Prostatahypertrophie wird nach der Ansicht des Verfassers am besten durch sorgfältigen reinlichen und sachverständigen Katheterismus behandelt. Nur eine Minorität von Fällen erheischt, zuweilen sogar gebieterisch, um das Leben der Patienten zu erhalten oder ihre Leiden zu mildern, einen operativen Eingriff. Für eine derartige Eventualität empfiehlt Verfasser eine neue, von ihm mit Erfolg geübte Methode. Dieselbe ist eine Kombination des Dittelschen und Nicollschen Verfahrens mit einer wesentlichen Modifikation des Letzteren. Dittels perineale Prostatektomie besteht in der Entfernung einer keilförmigen Portion von der unteren Fläche eines oder beider lateralen Lappen durch eine Incision, welche von der medianen Raphe um den Sphincter ani herum bis zur Spitze des Coccyx sich erstreckt, die Urethra und die Blase intakt läſst. Diesem Verfahren fügt Nicoll vorbereitend die suprapubikale Cystotomie hinzu, während Verfasser statt der letzteren die einfachere, weniger gefährliche Urethrotomia externa als vorbereitende Operation für die Prostatektomie empfiehlt. Die Methode hat mancherlei Vorteile für sich: 1. die vorbereitende perineale Incision in die Urethra gestattet die Einführung eines Fingers in die Blase, welcher, gleichzeitig mit einem Finger im Rectum den Chirurgen in den Stand setzt, genau Gestalt, Konsistenz, Gröfse und Ausdehnung des Prostatagewächses zu bestimmen, wie dies höchstens durch das weit heroischere und ernstere suprapubikale Verfahren möglich wird. Zweitens kann der Finger über dem vergröfserten lateralen Lappen sich festhaken und den letzteren in die ischio-rectale Wunde hineinstoſsen. Hier sind Zange, Messer und Schere leichter zu handhaben. Die Kapsel kann leicht incidiert und die ganze Masse herausgeschält werden. 3. Das Einlegen eines Drainrohres in die urethrale Wunde gestattet die Entleerung des Urins und verhindert eine septische Infektion der perinealen Wunde.

C. Berliner-Aachen.

Ablation der hypertrophierten Prostata auf dem medianen transanorectalen Wege, von Jaboulay. (*Lyon méd.* 1900. No. 39.) Die Hypertrophie der Drüse hatte bei dem 66jährigen Patienten zu vollständiger Retentio urinae geführt. Es wurde in der Raphe perinei ein Schnitt ausgeführt, welcher durch den Sphinkter ani in das Rectum hineinreichte; die Prostata wurde blosgelegt und aus derselben

ein nufsgrofser Knoten enukleiert. Im Verlaufe der Operation wurde die Harnröhre in der Nähe des Blasenhalses accidentell eröffnet. Trotzdem war das Resultat des Eingriffes ein aufserordentlich günstiges, indem der Patient fortan spontan urinierte und der Harndrang vollständig verschwand. *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von Carcinom der Prostata, von LOUMEAU. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux.* 1900. No. 8.) In dem ersten dieser beiden Fälle (58jähriger Patient) hatte das Carcinom zu einer tiefen Kachexie geführt, lange Zeit bevor sich schwere lokale Erscheinungen zeigten. Der voluminöse Tumor, welcher schliefslich das ganze kleine Becken ausfüllte, hatte, neben Urinbeschwerden, Defäkationsstörungen, inguinale Lymphdrüsenschwellungen und furchtbare Schmerzen in der Glutäal- und Oberschenkelgegend verursacht. Der Tod erfolgte durch Kachexie. Der zweite Fall, (63jähr. Patient) zeichnet sich durch seinen schleichenden Beginn aus, wodurch das Bild einer subakuten Prostataentzündung vorgetäuscht wurde mit lokalen und allgemeinen Erscheinungen, die einer Neurasthenie zugeschrieben wurden. Es kam zu einer spontanen Fraktur des Femur. Subclaviculäre und axilläre Lymphdrüsenschwellungen. Plötzlicher Tod, lange bevor der Patient durch Carcinomkachexie erschöpft war. Auch hier hatte der Tumor riesige Dimensionen angenommen. *C. Müller-Genf.*

Zur Diagnose der Harnerkrankungen, von LEONH. GÖRL. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1900. No. 21.) Fünf Symptome sind bei der Diagnose von Harnerkrankungen zu berücksichtigen: Schmerz, Blut, Trübung des Urins, Veränderung der Häufigkeit der Harnentleerung und Veränderung des Harnstrahls. Beimengung von Blut resp. Harntrübung und abnorme Häufigkeit der Harnentleerung sind die am meisten zu verwertenden, weshalb Verfasser an deren Hand die Diagnostik erörtert. — Hat man bei Blutbeimengung Hämoglobinurie ausgeschlossen, was leicht ist, dann kann man die Quelle des Blutes um so näher der Harnröhre suchen, je heller dasselbe; der umgekehrte Schluſs ist nicht berechtigt. Lange dünne Gerinnsel deuten auf Nierenblutung. Fliefst bei Borsäurespülung das Wasser bald klar aus, dann ist die Niere der Ursprung der Blutung; bei Blasenblutung wird die Spülflüssigkeit nur sehr langsam heller. Sedimentiert blutiger Urin in einigen Stunden nicht, dann blutet die Niere, dagegen sedimentiert aus der Niere stammender Eiter sehr schnell. — Ursache der Blutung können sein Verletzungen, Speisen (Spargel), Medikamente (Kanthariden), Erkrankungen der Harnwege. Symptomlose Hämaturie stammt aus Niere oder Blase. Blutungen bei Nierencarcinom sind meist stark und langdauernd; Herzleiden können Blutungen aus der Niere bewirken, ebenso Schrumpfniere. Symptomlose Blasenblutungen werden meist durch Tumoren hervorgerufen; aber auch durch Steine bei Prostatikern. — Bei der mit sonstigen Symptomen einhergehenden Hämaturie ist zunächst wichtig die Lokalisation des Schmerzes, die aber nur mit Vorsicht zu verwerten ist; Nierenschmerzen können in der Blase, in den Waden, Oberschenkeln, selbst in der Schulter empfunden werden. Akute Nephritis, Carcinom und Tuberkulose der Niere, Nierensteine können Hämaturie bedingen; die Diagnose dieser Leiden wird erörtert und durch Beispiele erläutert. — Hämaturie mit Blasensymptomen lenkt im jugendlichen Alter unsere Aufmerksamkeit auf Prostatareizung infolge von Onanie und Blennorrhoe, im mittleren Lebensalter auf Tuberkulose und Striktur, in hohem Alter auf Prostatahypertrophie und Carcinom. Steine und gutartige Tumoren kommen in jedem Alter in Frage. Die Blutung bei Blasensteinen hängt noch mehr als diejenige bei Nierensteinen von der Bewegung ab, der Schmerz ist besonders am Schlusse des Harnlassens vorhanden. Unterbrechung des Strahles findet man relativ selten, nur bei jüngeren Personen, absatzweises Urinieren ist häufiger. Die Steinsonde darf

nur nach Ausschluſs jeglichen Verdachtes auf Tuberkulose eingeführt werden. Blasentuberkulose kennzeichnet sich durch Vermehrung des Blasendranges mit Schmerzen am Schlusse des Urins, eiterhaltigen Harn. — Steine können leicht Blasentumoren, nahe dem Blaseneingang vortäuschen. — Die Blutungen bei Reizung der Prostata durch Onanie sind meist terminale, ebenso bei akuter Prostatitis und Striktur. — Hämorrhagische Cystitis ist Folge einer allgemeinen Infektion oder einer Blennorrhoe. Die Hämaturie bei Prostatahypertrophie hört meist nach regelmäſsigem Katheterismus auf (häufiger wird sie durch den Katheterismus erst hervorgerufen. D. Ref.) Sehr zu beachten ist für die Diagnose von Harnleiden die Veränderung der Harntentleerung, die vermehrt oder vermindert sein kann. Vermehrte Harnmenge, häufigere Kontraktionen der Blase steigern die Häufigkeit der Harnentleerung. Ohne Behinderung des Strahles können häufige Blasenkontraktionen hervorgerufen werden durch qualitative Veränderungen des Harns mit oder ohne Eitersekretion. Bei behinderter Harnentleerung ist das Urinieren meist vermehrt, bald gleichmäſsig, bald mehr am Tage (Stein, Striktur), bald mehr bei Nacht (Tuberkulose, Prostatahypertrophie). — Die Ursachen der verminderten Harnentleerung sind meistens leicht eruierbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Störungen der Harnentleerung, von Moritz Porosz (Popper). (*Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 37.) Die physiologische Erklärung, wie die Harnentleerung zu stande kommt, gipfelt in drei Theorien: 1. Der Detrusor treibt den Urin aus; 2. der Bauchdruck entleert den Harn; 3. der Sphinktertonus hört auf (Relaxationstheorie). — Jedenfalls fällt dem Detrusor eine wichtige Rolle zu; die Nervi erigentes sind dabei thätig, erregt auf reflektorischem Wege. — Auch zur Erklärung des Harndrangs hat man verschiedene Theorien aufgestellt: Die einen meinen, daſs sich die gefüllte Blase kontrahiert, etwas Harn in die Pars prostatica tritt und dann der Drang empfunden wird. Andere nehmen die Zerrung der Blasenwandzellen als Ursache an. Guyon glaubt, daſs Blasenkontraktionen den Drang auslösen. — Abweichungen bezüglich der willkürlich regulierbaren Zeit des Urinierens sind: Enuresis nocturna, manche Fälle von Incontinentia urinae, periodische Inkontinenz. Verfasser bringt interessante Beispiele. — Abweichungen von der normalen Entleerung des Harns können bestehen, indem das Urinieren nicht leicht in Gang kommt, eine häufige Beschwerde bei Neurasthenikern, und indem umgekehrt die Entleerung zu rasch, vorzeitig, in den Gang kommt; bei Krampf des Detrusors und Atonie des Sphinkters. — Im Verlaufe des Urinierens machen sich auch mancherlei Anomalien bemerkbar; diese betreffen zunächst die Krümmung des Bogens, in dem der Urin ausströmt, so bei Atonie des Detrusor (Rückenmarksleiden), Prostatahypertrophie, Striktur. Sodann sieht man Unterbrechungen des Urinierens bei Sphinkterenkrampf, Fremdkörpern (Steinen etc.). — Bemerkenswert ist ein Gröſserwerden des Urinbogens durch starke Kontraktion des Detrusors bei Anästhesie der Harnröhre; Nothnagel sah einen solchen Fall bei Caries des dritten Halswirbels. Zeitweilig entleerte sich der Harn springbrunnenartig, während der Harndrang gänzlich fehlte. Auch eine mäſsige Verengerung der Harnröhre nahe der Mündung bewirkt, daſs der Urinstrahl einen gröſseren Bogen beschreibt. — Der Schluſs des Urinierens erfolgt beim Manne mit 2—3 absatzweise erfolgenden Nachspritzen. Unvollständiges Schlieſsen der Sphinkteren bewirkt Nachträufeln des Harns; das kann durch Strikturen, besonders im Gebiete der Sphinkteren, Prostatahypertrophie, Schwäche der Sphinkteren verursacht werden. Die sensoriellen Störungen beim Urinieren werden auch erörtert. — Schlüsse stellt Verfasser folgende auf:

1. Den Harndrang ruft nur das Öffnen des die Blase schlieſsenden Sphinkters (entweder des Sphinkter internus oder des S. externus) hervor. 2. Die Heftigkeit des

Harndrangs hängt von der Sensibilität der den Sphinkter bedeckenden Schleimhaut ab. 3. Wenn der Tonus des Detrusors abnimmt oder aufhört, kann das Öffnen des Sphinkter internus schwer oder gar nicht eintreten; deshalb zeigt sich der Harndrang selten oder gar nicht. 4. Der Sphinkter externus (beziehungsweise der S. urethrae) ist nicht bei jedem Individuum in aktionsfähigem Zustande entwickelt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsysteme, von O. Zuckerkandl. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 12.) Bei gewissen Formen chronischer Harnverhaltung beobachtet man im Krankheitsbilde typische Störungen der Verdauung, welche in einen kausalen Zusammenhang mit der Harnretention gebracht werden müssen, denn sie sind konstant vorhanden und man kann die Wahrnehmung machen, dafs sie nach Behebung der Harnstauung verschwinden, mit dem Wiedereintritt derselben abermals in Erscheinung treten. Zum Zustandekommen der Störungen ist es erforderlich, dafs der Druck im Harnapparate ein entsprechend hoher ist, sie kommen daher bei chronischer kompleter Harnverhaltung nicht vor, weil bei dieser durch den unvermeidlichen Katheterismus der Druck herabgesetzt wird. Man findet diese Verdauungsstörungen bei Leuten, welche ihre Blase nicht komplet entleeren, sie kommen bei Prostatahypertrophie, bei Strikturen der Harnröhre vor, ferner bei seniler Erschlaffung der Muskulatur des Harnapparates oder auch ohne nachweisbare lokale Ursache für die erschwerte Harnentleerung vor. Die Verdauungsstörungen entstehen nach mehrjährigem Bestande der Harnverhaltung, die ersten Stadien werden gewöhnlich verkannt und mit einer Erkrankung des Verdauungsapparates in Verbindung gebracht. Die Verdauungsstörungen sind als eine Art Urämie anzusehen, die chronische Drucksteigerung setzt sich von der Blase auf die Niere fort, es lassen sich selbst Veränderungen an den Epithelien und am Stütz gewebe der Niere nachweisen, und dies sogar in aseptisch gebliebenen Fällen. In der Regel ist Polyurie vorhanden. Die Symptome der Komplikation von Seiten des Verdauungsapparates sind Trockenheit im Halse, fader Geschmack im Munde, Verlust des Appetites, Widerwille gegen Speisen, besonders Fleischnahrung, Übelkeiten, Aufstofsen, Diarrhoen abwechselnd mit Obstipation, in vorgeschrittenen Fällen gesellt sich dazu Erbrechen, wodurch die Kranken sehr rasch herunterkommen. Daneben bestehen Blasenstörungen. Ohne therapeutischen Eingriff endet das Leiden mit dem Tode unter septischen Erscheinungen, choleraartigen Diarrhoen oder chronischer Nephritis. Verwechslungen des Krankheitsbildes können mit Magencarcinom, Nephritis, bei bestehendem Fieber mit Typhus und Malaria vorkommen. Die Herabsetzung des Druckes in den Harnwegen ist das einzig anzunehmende Mittel, jedoch ist dabei stets in Augenschein zu behalten, dafs bei plötzlicher Herabsetzung des Druckes Blasenblutungen, Kollaps oder Anurie eintreten können. In der Regel bessern sich die Verdauungsstörungen nach kunstgerechter Entleerung der Blase, bei manchen Fällen bleibt diese vollständig erfolglos. Als therapeutischer Eingriff kommt in erster Linie der Katheterismus in Betracht, natürlich mufs derselbe unter den peinlichsten aseptischen Kautelen vorgenommen und die Blase darf nicht auf einmal vollständig entleert werden. Anfänglich sollen nur geringe Mengen, 200—300 g, aus dem Katheter abfliefsen. Erst wenn man die Überzeugung gewonnen hat, dafs die Herabsetzung des Druckes gut vertragen wird, kann man zu höheren Werten greifen, und oft gelangt man erst in der zweiten oder dritten Woche dazu, die Blase komplet zu entleeren. Verträgt der Kranke einmal die Trockenlegung der Blase, so mufs man die Anzahl der Katheterismen bestimmen. Die Intervalle zwischen den Einführungen müssen so grofs sein, dafs die Blase nie mehr in jenen Grad der Spannung gelangt, der vor Einleitung der Kur vorhanden war. Zunächst versuche man die einmalige

Entleerung der Blase in 24 Stunden, erst wenn es sich zeigt, dafs die Blase vor Ablauf dieser Frist wieder den früheren Füllungsgrad erreicht, wird zunächst zweimal des Tages der Katheter gesetzt. Der Katheterismus mufs das ganze Leben hindurch, freilich seltener, ausgeübt werden, da sich sonst die Verdauungsbeschwerden wieder einstellen. Die übrigen Komplikationen werden symptomatisch behandelt. Bei Cystitis empfiehlt sich die Verabreichung von Urotropin in Verbindung von zweckmäfsigen Blasenspülungen. Bei gleichzeitig vorhandenem Blasenstein wird zuerst die Retention behandelt und erst später der Stein entfernt, wobei durch Etablierung einer Blasen-Bauchdeckenfistel die Drucksteigerung dauernd verhütet werden kann. In allen besprochenen Fällen sollen demnächst die geeigneten diätetischen und hygienischen Vorschriften eingehalten werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Der Downessche Harnsegregator (Separate-Urine Siphon), von Albert Freudenberg-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 42.) Der Downessche Apparat soll dazu dienen, den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. Das Prinzip des Apparates besteht im Wesentlichen darin, dafs in die Nähe einer jeden Uretermündung das mit einem Auge versehene Ende einer katheterförmig gekrümmten Röhre gebracht und dafs der zwischen den beiden Röhren liegende Teil des Blasenbodens beim Weibe von der Vagina, beim Manne vom Mastdarm aus sattelförmig vorgebuchtet wird; es entleert sich dann jeder Ureter in einen abgeschlossenen Teil der Blase, in dem der Urin sofort von der Röhre aufgenommen wird. Dafs das Instrument den Urin beider Nieren in der That gesondert auffängt und nach aufsen leitet, davon konnte sich der Verfasser durch mehrfache Beobachtungen, allerdings nur bei Frauen, überzeugen. Die Patientinnen ertrugen das Instrument ohne Belästigung. — Der Apparat, der von der Firma Louis & H. Löwenstein in Berlin angefertigt wird, scheint von allen zu dem gleichen Zweck angegebenen Apparaten der beste zu sein. Man wird ihn in Fällen, in denen die Katheterisierung der Ureteren nicht ausführbar ist oder nicht gelingt, mit Erfolg verwenden können. Seine Anwendung wird insbesondere auch dann von Nutzen sein, wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob eine bestehende leichte Hämaturie aus der Niere und aus welcher Niere stammt; in solchen Fällen versagt die Katheterisierung der Ureteren häufig, weil diese selbst sehr oft leichte Blutungen verursacht. *Göts-München.*

Urotropin und dessen Bedeutung für die Antiseptik des Urins, von P. J. Cammidge - Leeds. (*Lancet.* 19. Jan. 1901.) Verfasser hat eine Reihe von Untersuchungen angestellt über die baktericide Wirkung dieses Mittels auf Bacillus typhosus, B. coli communis und Staphylococcus pyogenes aureus in Bouillonkulturen. Bei letzteren trat der Einfluſs weniger deutlich hervor als bei den beiden ersteren, namentlich dem B. typhosus. In saurem Urin übt das Mittel die stärkste Wirkung aus; diese beruht nicht auf der Anwesenheit von Formaldehyd, obgleich durch Hitzeeinwirkung sowohl in saurer wie in alkalischer Lösung dieser Körper abgespalten wird. Unter Darreichung von 0,6 g Urotropin trat bei einer gesunden Versuchsperson am sechsten Tage ein diffuser, masernähnlicher Ausschlag hervor, verging aber nach Aussetzen des Medikamentes. Gegen blennorrhoische und tuberkulöse Cystitis ist das Mittel weniger wirksam, offenbar weil hierbei die Mikroorganismen tiefer im Gewebe eingelagert sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Harnsteine, von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 44 u. 45.) Ein „Säkular-Artikel", in dem die Entwickelung der Kenntnisse bezüglich Struktur, Entstehung, Diagnostik und Behandlung der Harnsteine bis zu den heute gültigen Anschauungen dargestellt ist. *Göts-München.*

Über die Beziehungen des Harneisens zum Bluteisen, von Adolf Jolles und Ferdinand Winkler. (*Arch. f. exper. Pathol. etc.* XLIV.) Beim erwachsenen gesunden Menschen beträgt die Eisenausscheidung bei gewöhnlicher Ernährung im Mittel 8 mg. Der Eisencoefficient, der dem Verhältnis zwischen Harneisen und Bluteisen entspricht, ist im Mittel 100. Die Eisenausscheidung steigt stark bei schwerer Anämie, Schrumpfniere, bei Gichtanfällen und Diabetes. Bei alimentärer Glycosurie und zwischen Gichtanfällen, sowie bei uratischer Diathese sind die Werte normal.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Hämaturie infolge von Bilharzia haematobia, von J. Gutch. (*Brit. med. Journ.* 19. Mai 1900.) Der 17jährige, in Port Elizabeth (Südafrika) geborene Patient kam im Februar 1900 nach England. Seit seinem elften Lebensjahre leidet er an blutigem Urin, mit dem niemals Sand oder Steine abgegangen sind. Andere als leichte Schmerzen längs des Gliedes beim Urinieren hat Patient nicht gehabt. Seine Verdauung, sein Allgemeinbefinden ist gut. Die Hämaturie wird durch Übungen oder Reiten nicht stärker. Das Blut ist immer hellrot und wird bei jedem Harnlassen am Ende desselben in einer Quantität von höchstens zehn oder zwölf Tropfen entleert. Der Patient giebt aus freien Stücken an, dafs in Port Elizabeth die meisten Knaben, welche, wie er selbst, von Jugend auf gewöhnt wären, im frischen, salzigen Wasser zu baden und dieses Wasser auch zu trinken, an blutigem Urin litten. Während die Organe des Knaben sich als gesund erwiesen, ergab die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments rote Blutkörperchen, Eiter, Blut, körnige Niederschläge und Eier wie lebende Embryonen der Bilharzia haematobia. Der Patient entzog sich der weiteren Beobachtung, sodafs Verfasser nicht in der Lage ist, über den Erfolg der Behandlung mit kleinen Dosen von Terpentin definitives mitzuteilen. Die letzten Urinuntersuchungen ergaben nur noch das Vorhandensein der Eier, nicht aber der lebenden Embryonen von Bilharzia. *C. Berliner-Aachen.*

Klinische und pathogenetische Betrachtungen über einen Fall von Haematuria paroxystica, von Sc. de Rossi. (*Policlinico.* 1900. Heft 11.) Es handelt sich um einen an Malaria leidenden Patienten, bei dem die Anfälle von Hämaturie stets mit den Fieberanfällen coincidierten. Verfasser ist der Ansicht, dafs in seinem Falle die Hämorrhagien per rhexin zu stande kamen. Er teilt die Hämaturien bei Malaria in drei Kategorien ein: 1. Hämaturien infolge von akuter Nephritis. 2. Toxische Hämaturien, von kurzer Dauer und mit der Fieberperiode coincidierend; sie lassen sich auf toxische Störungen der Gefäfsnerven zurückführen und an die Seite der angioneurotischen Hämaturien stellen. 3. Mechanisch-toxische Hämaturien, die ebenfalls mit der Fieberperiode zusammenfallen, jedoch länger dauern und von einer Periode mit Albuminurie und Cylindrurie gefolgt werden ohne die parenchymatösen Veränderungen der wahren Nephritis aufzuweisen. Sie beruhen auf einer pigmentären Thrombose der Glomeruli. *C. Müller-Genf.*

Chinin-Hämoglobinurie, von A. G. Welsford. (*Brit. med. Journ.* 15. Dez. 1900.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Malaria, bei denen infolge Chiningebrauchs Hämoglobinurie auftrat. Dieselbe verschwand mit dem Aussetzen des Mittels. Man hat das sogenannte „Blackwater"-Fieber der Tropen auf den excessiven Gebrauch des Chinins bei Malaria zurückgeführt. Verfasser ist dieser Ansicht nicht. Das Blackwaterfieber schreibt er dem Malariatoxin zu, das ebenso wie andere Toxine Hämoglobinurie erzeugen könne. Die Symptome des Blackwaterfieber seien genau charakterisiert und von denen der transitorischen Hämoglobinurie wohl zu unterscheiden.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von W. Judson Lamson - New York. (*New York med. Journ.* 19. Jan. 1901.) Bei dem 40jährigen Patienten, einem Geistlichen, der vor 13 Jahren eine Blennorrhoe, später ein Ulcus molle hatte, sonst in der Anamnese keine Krankheiten aufwies, traten im Jahre 1892, wahrscheinlich infolge einer Erkältung, Anfälle von Hämoglobinurie, welche mehrere Stunden dauerten, auf und wiederholten sich dann alle paar Wochen bis zum Jahre 1900 und zwar immer infolge von Erkältung, also besonders zur Winterszeit. Zwischen diesen Anfällen fühlte sich Patient vollständig wohl, mit Ausnahme leichter Symptome von Anämie. Der Urin ist klar, hell- bis dunkelgelb, keinen Zucker, kein Eiweifs, kein Hämoglobin enthaltend; während eines Anfalles wurde jedoch letzteres gefunden. Nach den Litteraturstudien, welche L. im Anschlufs an seinen Fall vornahm, kommt die paroxysmale Hämoglobinurie meist im Alter von 20—40 Jahren vor, wenn sie auch schon bei einem zweijährigen Kinde und ferner bei einem 52jährigen Manne beobachtet wurde. Ätiologisch spielt die Erkältung eine grofse Rolle, sie ist daher selten im Sommer, tritt mit Beginn des kalten Wetters im Herbst oder Winter auf, wurde daher auch Winterhämaturie genannt. Auffallend rasch geht das Blutharnen unter dem therapeutischen Einflusse von Wärme und Stimulantien vorüber, der Urin nimmt oft seine normale Farbe und Beschaffenheit schon nach einer halben bis zwei Stunden wieder an. In schweren Fällen wiederholen sich die Anfälle dreimal oder in anderen, wie dem vorliegenden, nur einmal täglich, oder auch nur mehrmals in der Woche; es können Zwischenräume von Wochen oder Monaten vergehen, während welcher der Patient, wenn warm und entsprechend gekleidet, von Anfällen frei ist. Die Pathologie des Leidens ist noch dunkel, da keine Autopsie darüber vorliegt. Die Prognose des Leidens scheint eine günstige zu sein, dasselbe scheint direkt nie tötlich zu wirken. Was die Behandlung betrifft, so sind bei vorhergegangener Syphilis Jodpräparate, bei Malaria Chinin, im übrigen warme Kleidung, besonders an Händen und Füfsen, indiziert. Völlige Heilung kann jedoch nur durch Aufsuchen eines gemäfsigten Klimas bei dieser merkwürdigen Krankheit erzielt werden, wie L. schliefslich konstatiert.

Stern-München.

Über das Auftreten eines eigentümlich veränderten Blutfarbstoffes im Harne bei paroxysmaler Hämoglobinurie, von Adolf Jolles. (*Wien. klin. Rundsch.* 1900. No. 27.) Im Harne eines an paroxysmaler Hämoglobinurie, die besonders nach Erkältungen auftritt, leidenden Patienten fand Verfasser einen Farbstoff, der beim Kochen ohne Zersetzung koaguliert und Häminkrystalle giebt. Äthylalkohol, Amylalkohol fällen ihn unverändert unter Abscheidung eines fibrinähnlichen Gerinnsels aus. Durch Salzsäure und Essigsäure erleidet er eine chemische Veränderung in der Weise, dafs ein peptonähnlicher Körper in Lösung geht, während ein eisen- und phosphorhaltiger Körper zurückbleibt, der die Teichmannschen Krystalle nicht mehr giebt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hämatoporphyrinurie, von J. Calvert. (*Brit. med. Journ.* 22. Dez. 1900.) Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 32jährigen Manne, der wegen eines Ulcus ventriculi und Hämatemesis ins Hospital gebracht worden war. Der Urin hatte eine dunkle, kirschrote Farbe und zeigte die Hämatoporphyrinstreifen. Der Patient gab an, schon vor einem Jahre einmal einen ähnlichen dunklen Urin entleert zu haben. Die erste Untersuchung des Blutes ergab Hämoglobin 48%; rote Blutkörperchen 2 292 000; weifse Blutkörperchen 8500. Nach einem längeren Aufenthalte des Patienten im Hospital und unter einer entsprechenden Diät ergab eine andere Blutuntersuchung Hämoglobin 68%; rote Blutkörperchen 4 144 000; weifse Blutkörperchen 90 000. Der Urin hatte allmählich die natürliche Farbe angenommen.

In ätiologischer Beziehung ist hervorzuheben, dafs der Patient kein Sulfonal genommen hatte, dessen excessivem Gebrauche einige Autoren die Ursache der Hämatoporphyrinurie zuschreiben.

Von Interesse aus der Blutuntersuchung im vorliegenden Falle ist die Thatsache, dafs das Auftreten von Hämatoporphyrin im Urin mit einem Ansteigen des Hämoglobins und einer Vermehrung der roten Blutkörperchen zusammenfiel.

C. Berliner-Aachen.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harne der fettleibigen Menschen, von F. Wolfner-Marienbad. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 4.) Von 966 fettleibigen Menschen, die Verfasser seit 1883 behandelte, hatten 96 (= 99,3 : 1000) Zucker im Morgenharn und zwar war der Prozentsatz bei den Männern doppelt so grofs wie bei den Frauen. Die Rasse hat keinen Einfluſs, auch war es gleich, ob die Eltern mager oder fettleibig waren. Bei verschieden gearteten Eltern neigten die Patienten mehr zu Fettleibigkeit, deren Väter ähnlich waren, während die Mutter mager war. Die Statistik bestätigt in der Hauptsache die Resultate anderer Forscher.

Bernhard Scheulse-Kiel.

Die Nitropropiolsäuretabletten, eine neue Zuckerprobe, von Franz v. Gebhardt-Pest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 1.) Orthonitrophenylpropiolsäure geht mit Traubenzucker erwärmt bei Gegenwart von Soda in Indigo über. Dieser chemische Vorgang hat die Köln-Ehrenfelder Fabrik Teusch zur Herstellung von Tabletten veranlafst, die aus Orthonitrophenylpropiolsäure und Natriumkarbonat bestehend, qualitativen Zuckernachweis im Urin ermöglichen. Der Verfasser empfiehlt, die Untersuchung in folgender, von der Anweisung der Fabrik abweichenden Weise vorzunehmen: Man verdünnt 10—15 Tropfen des zu untersuchenden Urins mit 10 ccm destillierten Wassers, giebt dann eine Tablette dazu und erwärmt das Ganze vorsichtig 2—4 Minuten lang. Bei Vorhandensein von Zucker wird die Flüssigkeit zuerst grünlich, dann dunkelindigoblau gefärbt. Bezüglich der Einzelheiten des chemischen Vorganges bei der Reaktion mufs auf das Orginal verwiesen werden. Die Reaktion gelingt nur, wenn der Harn Traubenzucker enthält. Die Gegenwart von Gallenfarbstoff, Harnsäure, Eiweifs, Blut oder reduzierenden medikamentösen Substanzen im Urin hindert den Eintritt der Reaktion nicht; etwa vorhandene gröfsere Eiweifsmengen mufs jedoch vor dem Anstellen der Probe durch Schütteln mit Kochsalz oder Chloroform entfernt werden. Die Reaktion ist sehr empfindlich; sie tritt auch bei minimalem Zuckergehalt noch ein, wenn unverdünnter Urin verwendet wird. All demzufolge kann die neue Zuckerprobe bestens empfohlen werden, zumal die Tabletten billig sind (25 Tabletten kosten 60 Pf.).

Göts-München.

Über Lohnsteins Präcisions-Saccharometer, von Jacob Meyer-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 36.) Den vergleichenden Untersuchungen des Verfassers zufolge ergiebt der von Lohnstein beschriebene Präcisions-Gährungs-Saccharometer sehr genaue Resultate; der verhältnismäfsig billige einfache Apparat ist daher für den Gebrauch in der Praxis bestens zu empfehlen. Im Gegensatz zu Lohnstein betont der Verfasser, dafs die Gährung erst nach 24 Stunden beendet ist.

Göts-München.

Über die Empfindlichkeit der vereinfachten Modifikationen der Phenylhydrazinprobe zum Nachweis von Zucker im Harn, von Alb. Kowarski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 48.) Verfasser verteidigt seinen im Mai 1899 (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 19.) beschriebene vereinfachte Methode der Phenylhydrazinprobe gegen die Angriffe Neumanns und Marguliés. Nach theoretischer und praktischer Wür-

legung sieht er den Schluſs, daſs die Neumannsche Modifikation keinen wesentlichen Vorzug besitzt, keinesfalls aber als empfindlicher und bequemer für den praktischen Arzt zu bezeichnen ist, zumal bei der Neumannschen Probe die höchste Grenze der Empfindlichkeit 0,5 % Zucker ist, bei der Kowarskischen aber bei den ungünstigsten Bedingungen stets noch ein positives Resultat bei 0,2 % erzielt wird.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Vereinfachung der Phenylhydrazin-Zuckerprobe, von Albert Neumann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 53.) Verfasser wendet sich in scharfer Weise gegen Kowarskis Artikel „Über die Empfindlichkeit der vereinfachten Modifikationen der Phenylhydrazinprobe zum Nachweis von Zucker im Harn" (*Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 48) und sucht denselben zu widerlegen. Ein näheres Eingehen auf diese Angelegenheit würde zu weit führen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine neue empfindliche Reaktion zum Nachweise des Traubenzuckers wie auch anderer Aldehyde, von E. Rugler. (*Wien. med. Blätter.* 1900. No. 47.) Man bringt in eine Eprouvette 1 ccm Harn, eine Messerspitze krystallisiertes Natriumacetat, eine Federmesserspitze reines, weiſses, salzsaures Phenylhydrazin und etwa 2 ccm Wasser; man erhitzt bis zum Sieden, läſst sofort 10 ccm einer 10%igen Natronlauge einflieſsen, schüttelt rasch 5—6 mal und stellt die Eprouvette ruhig hin. Im Falle die Zuckermengen etwas gröſser sind, wird die Flüssigkeit sofort eine rosarote Farbe annehmen; sind die Zuckermengen klein, so wird die Farbe später (¼—½ Stunde) auftreten. Diese Zuckerprobe ist ziemlich empfindlich, es kann bis 0,005 % Zucker nachgewiesen werden. Harnsäure, Kreatinin stören nicht, die Anwesenheit von Albumin ist auch ohne Einfluſs auf das Zustandekommen der Reaktion. — Um nun Formaldehyd oder Äthylaldehyd in verdünnter Lösung (0,5—1 %) nachzuweisen, bringt man in eine etwas gröſsere Eprouvette 10 ccm einer 10%igen Natronlauge, ferner 2 ccm einer 2%igen salzsauren Phenylhydrazinlösung, schüttelt, fügt etwa 10—15 Tropfen von der verdünnten Aldehydlösung hinzu und erhitzt zum Sieden; die Mischung wird eine mehr oder weniger intensiv rotviolette Farbe annehmen. Das Erhitzen der Mischung kann ausbleiben, nur muſs man in diesem Falle das Schütteln länger fortsetzen. *A. Alpár-Alexandria.*

Über eine schnelle und quantitative Bestimmung des Quecksilbers im Harn, von A. Jolles. (*Wien. med. Presse.* 1900. No. 30.) Verfasser hat seine vor mehreren Jahren vorgeschlagene Methode zu Quecksilberbestimmung im Harne dahin modifiziert, daſs er zur Amalgamierung des Quecksilbers ein galvanisch vergoldetes Platinblech benutzt und daſs er zum Nachweise die beim Versetzen einer quecksilberhaltigen Lösung mit Schwefelwasserstoffwasser auftretende Gelbfärbung verwendet. Das Verfahren ist folgendes: Die organische Substanz des Harnes (100—150 ccm) wird durch Kochen mit Salzsäure (5—10 ccm) und Kaliumchlorat (2 g) zerstört, nach dem Abkochen des sich entwickelten Chlors wird ein vergoldetes Platinblech eingesenkt und unter Erwärmung Zinnchlorür (30 ccm) beigefügt; das reduzierte Quecksilber amalgamiert sich hierbei mit dem Golde. Das vergoldete Platinblech wird nun herausgezogen, gut abgewaschen und das Quecksilber mit warmer Salpetersäure herausgelöst. In dieser Lösung kann das Quecksilber entweder auf bekannte Weise mit Zinnchlorür nachgewiesen werden, oder man fügt Schwefelwasserstoffwasser hinzu, welches bei Anwesenheit von Quecksilber eine gelbbraune Färbung erzeugt. Letzterer Nachweis hat beiläufig die dreifache Empfindlichkeit des Nachweises mit Zinnchlorür. Auf die mit Schwefelwasserstoffwasser auftretende Gelbfärbung kann man eine quantitative colorimetrische Bestimmung gründen, indem man den entstehenden Farbenton mit jenem

vergleicht, der beim Vermischen von Quecksilberlösungen bekannten Gehaltes mit der entsprechenden Menge Schwefelwasserstoffwassers entsteht. Sowohl die qualitative als auch die quantitative Bestimmung ergeben sehr befriedigende Resultate.

A. Alpár-Alexandria.

Die verschiedenen bei der Heller'schen Eiweifsprobe mit Salpetersäure entstehenden Ringe, von M. H. Fussel-Philadelphia. (*Univ. Med. Mag.* Dez. 1900.) Es sind drei Ringe zu unterscheiden: 1. Ein sich bei jedem Urin bildender, mehr oder weniger dunkler rötlicher oder brauner Ring an der Berührungsstelle von Urin und Säure. Diese Erscheinung ist bei konzentriertem und farbstoffreichem Urin, sowie bei Darreichung von Jodkalium, Salol oder überhaupt Theerpräparaten besonders deutlich. Dieser Farbenring dehnt sich oft auch noch unten in die Säure hinein aus und auch nach oben in den 2. Eiweifsring, der sich auch an der Berührungsfläche von Urin und Säure bildet, aber stets oberhalb des Farbenringes liegt, nicht in der Säure, sondern im Urin. Der Eiweifsring ist weifs und undurchsichtig, erscheint aber bei geringem Eiweifsgehalt z. B. bei eiterhaltigem Urin etwas heller. 3. Findet sich viel weiter oben (etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll oberhalb des Eiweifsringes) der Uratring als eine schmale, weifse Zone, welche beim Erhitzen rasch verschwindet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Albuminurie und Cylindrurie infolge von Syphilis und Quecksilberbehandlung. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1900. No. 52.) Das syphilitische Virus scheint nur sehr selten eine Reizung, bezw. Erkrankung der Nieren zu verursachen. Wenn im Verlaufe einer Syphilis Albuminurie und Cylindrurie auftreten, so sind diese zumeist eine Folge der Quecksilberbehandlung. Neuerdings hat Welander darauf hingewiesen, dafs Verabreichung von Hg verhältnismäfsig häufig Albuminurie und Cylindrurie verursacht. Dieselben treten zumeist in der 3. oder 4. Woche der Behandlung auf. Ihr Erscheinen ist nicht etwa abhängig von der Gröfse der verabreichten Quecksilberdosen, sondern lediglich vom Bestehen einer individuellen Prädisposition. Selbst Patienten mit chronischer Nephritis vertragen manchmal Quecksilber sehr gut, doch ist in solchen Fällen selbstverständlich die gröfste Vorsicht nötig. Die durch Quecksilber verursachte Ausscheidung von Eiweifs und Cylindern ist fast ausnahmslos eine vorübergehende Erscheinung und hinterläfst keine erhöhte Disposition zu Nierenkrankheiten.

Göts-München.

Myelopathische Albumosurie, von T. R. Bradshaw. (*Brit. med. Journ.* 3. Nov. 1900.) Die myelopathische Albumosurie ist eine Krankheit der Knochen des Stammes, bei welcher im Urin grofse Mengen einer eigentümlichen, zur Klasse der Albumosen gehörigen Eiweifssubstanz auftreten. Die Knochenerkrankung ist charakterisiert durch Schwund der Knochensubstanz und Ersatz derselben durch cellulären Gewebe, namentlich durch eine vascularisierte Masse von Rund- oder Spindelzellen, so dafs die ganze Struktur mikroskopisch der eines Sarkoms ähnlich ist. Den Zustand bezeichnet man als „multiples Myelom". Der Urin derartiger Patienten enthält eine Proteidsubstanz, welche eine oberflächliche Ähnlichkeit mit Albumin hat, von demselben sich jedoch durch folgende Reaktionen unterscheidet:

1. Sie coaguliert bei einer relativ niedrigen Temperatur (60° C.).
2. Das Coagulum löst sich wieder beim Kochen auf.
3. Sie wird durch Salzsäure, durch Salpetersäure leicht gefällt. Das Coagulum löst sich beim Kochen auf.

C. Berliner-Aachen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscefs, Chronisches Ekzem geheilt durch einen (Longhurst) 435.
Achorion Schönleinii und Trichophyton tonsurans, Biologie desselben (Calderone) 243.
Acne decalvans 241.
— eksematosa 428.
— miliaris 428.
— vulgaris, Ätiologie (Gilchrist) 427.
— Beziehung der A. und anderer Erkrankungen der Gesichtshaut zu den Veränderungen des Naseninnern (Berliner) 429.
— und Ekzema (Whitfield) 429.
— Behandlung der nekrotischen A. mit Meersalzlösung (Luithlen) 465.
Addisonsche Krankheit, Opotherapie bei derselben (Gargano) 476.
— — Eine Familie mit (Flemming und Miller) 476.
— — Histologische Untersuchung über zwei Fälle (Bianchini) 46.
— — Behandlung mit Nebennierenextrakt; Exitus letalis (Trevithick) 46.
— — und Leukodermie (Wilks) 45.
— — und Leukoderma (Gardner) 46.
— — Behandlung mit Nebennieren-Tabletten (Edel) 476.
Adenitiden, Periurethrale A. und Abscesse im Gefolge von Blennorrhoe (Reale) 243.
Adenolipomatose, Symmetrische A. mit vorherrschender Lokalisation in der Cervikalgegend (Bensaude) 241.
Adenoma sebaceum (Pezzoli) 202; (Savill) 297; (Ajello) 304.
— — des Gesichts (Curtis und Lambert) 474.
— — und Naevus sebaceus (Piccardi) 606.
Ärzte und Patienten (Scholz, F.) 146.
Aesthiomène (Calderone) 606.
Afterrohr mit Spühlvorrichtung 276.
Akanthosis nigricans (Heuss) 474.
Aktinomykose der Haut, Diagnose und Behandlung (Lenoir und Claisse) 463.
Albuminurie und Cylindrurie infolge von Syphilis und Quecksilberbehandlung 640.
Albumosurie, Myelopathische (Brandshaw) 640.
Alopecias (Buschke) 479.
— areata (Mibelli) 231, 362; (Ryan) 297; (Sabouraud) 479; (Brocq) 480.
— — Urologie derselben (Jacquet) 348.
— — und Zahnläsionen (Jacquet) 348. 480.
— — vortäuschende Kahlheit bei einem Syphilitiker (Renault) 523.
— — Störungen im chemischen Verhalten des Blutes und des Harns (Jacquet und Portes) 524.
— — Besondere Form (Nikolsky) 479.
— praematare (A. seborrhoica, pityrodes s. furfuracea (Behrmann) 185.
— Totale (Little) 299.
— des Bartes verbunden mit Atrophie der Haut (Galloway) 298.
— der beiden Schläfenregionen seit der Geburt (Fournier und Brindeau) 347.
Amaurose, Syphilitische (Knotz) 418.
Anämie, Syphilitische (Kennedy) 406.
Angina und Purpura rheumatica (Bruch) 269.
Angio-Epithelioma der Haut (Audry) 359.
Angioma serpiginosum 301.
Angiome, Behandlung der A. durch Elektrolyse (Labbé) 44.
Angiosarcoma cutis plexiforme melanoticum (Steinhaus) 472.
Angiosarkom der Haut (Fordyce) 472; (Johnston) 577.
Anthrax (Neave) 462; (Clarke) 462; (Kidd) 462.

Anthrax, Excision der Pustel (Bonsfield) 462.
— des Oberschenkels (Sinclair) 462.
— Das „Sphalangi-Insekt“ und seine Beziehung zum (Williamson) 463.
Antinosin bei Hauttransplantationen (Amyx) 261.
Antipruriginosa 50.
Antistreptokokkenserum bei Erysipel (Jones) 467; (Harrison) 467.
Antrum maxillare und dessen Gummen, Entzündung (Lubet und Furet) 413.
Aplasia pilorum moliniformis (Monilethrix) 244.
Aristol (Moir) 261.
Arsen, Wirkung auf die Haut (Brooke und Roberts) 514.
Arsen bei Krebsen und anderen malignen Neubildungen (Sherwell) 472.
Arsen, mit A. behandelte primäre Hautsarkome (Pospelow) 87.
Arsengebrauch, Hautaffektionen nach innerlichem (Stark) 397.
Arsenik als diagnostisches Mittel in der Behandlung des Epithelialcarcinoms (Trunecek) 42.
Arsenikhaltiges Bier und Hauterscheinungen infolge seines Genusses (Barendt) 575.
Arsenmelanosen, Allgemeine (Enriquez und Lereboullet) 47.
Arthritis, Akute blennorrhoische A. des linken Schultergelenks (Stirson) 217.
Arthropathien, Multiple blennorrhoische (Hallopeau) 241.
Atonie der Blase, Vasektomie bei (Harrison) 158.
Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn (Heuss) 1. 53.
— cutis idiopathica progressiva acquisita (Metscherski) 481; (Italinski) 481.
Atrophie der Haut der Hohlhand (Brachydermia palmaris (Audry und Dalous) 359.
Atrophodermia erythematosa maculosa, mit excentrischer Verbreitung (Nielsen) 285.
Aufgesprungene Hände 272.
Augenlepra, Pathologische Anatomie der (Franke und Delbanco) 321.
Augenlid, Extragenitaler Primäraffekt des A. bei einem Kinde (Whiteford) 373.
Aussätzige s. Lepröse.
Aussatz s. Lepra.
Ausschlag bei einem Kinde mit Typhus abdonimalis (Maude) 270.
Ausschläge bei Masern, Prämonitorische (Thursfield) 311.
— nach Vaccination 316.
Ausstellungen und deren Einfluſs auf den Gesundheitszustand der Prostituierten in Paris (Butte) 452.
Autointoxikation, Verteidigung der Haut gegen (Nékám) 86.
Azoospermie (Kehrer) 621.

Bacillus pyocyaneus, Ascendirende Infektion des Harnsystems durch den (Blumer und Lartigau) 533.
— variabilis lymphae vaccinalis ein neuer, konstant in Vaccinepusteln vorkommender (Nakanishi) 319.
Bakterien, Vorlesungen über (Migula) 34.
Bakteriologischer Leitfaden (Levy und Bruns) 307.
Balgentzündung, Akute eiternde B. (Folliculitis) der Kopfhaut (Gottheil) 429.
Beckenbruch mit totaler Abreiſsung der Harnröhre, Spontanheilung ohne Naht (Francke) 97.
Beschneidung als Verhütungsmaſsregel gegen Syphilis (Freeland) 582.
Bilharzia haematobia, Haematurie durch (Gutch) 636.
Bindehaut-Ekzem, Pathologische Anatomie desselben (v. Michel) 134.
Blase, Gefäſs- und Nervensystem der (Keifer) 586.
— Eine ungewöhnliche Anomalie der (Fuller) 212.
— und Urethra als Unterrichtsgegenstand Endoskopie der (Grünfeld) 82.
— Fieberthermometer in der (Morgan) 149.
— Die „reizbare B.“ beim Weibe (Bischoff) 614.
— Intraperitoneale Ruptur der (Blumer) 615.
— Entfernung von groſsen Steinen aus der B. (Burton) 618.
— Pavillon der (Southam) 616.
— Verletzungen der B. während des Verlaufes von gynäkologischen Operationen (Cousins) 615.
— und Rectum durchbohrende Wunde (Dodd) 615.
— Radiographie der (Stockmann und Aust) 402.
— Osteoid-Chondrosarkom der (Benecke) 148.
— und Samenbläschen, Akute, traumatische Entzündung der Prostata fortgesetzt auf (Thompson) 153.
— Vasektomie bei Prostatahypertrophie und Atonie der (Harrison) 158.
— Insufficienz der B. infolge weiter Urethra (Raskai) 585.
— Oedema bullosum der (Bischoff) 586.
Blasenausschlag, Tötlicher Fall von kongenitalem (Kennan) 427.
Blasenhernie und ihre Pathogenese (Alessandri) 357, 511, 625.
Blasenkatarrh s. Cystitis.

Blasenschleimhaut, Verletzungen der B. durch Kontusion der Unterbauchgegend (Schnitzler) 101.
Blasenstein in Sierra Leone (Renner) 617.
Blasensteine, 53 Operationen von (Treyer) 617.
— Entstehung von B., Recidivierung und Verhütung (Harrison) 617.
— Röntgenstrahlen bei der Diagnose von (Moullin) 617.
Blasenstörungen, Cerebale (Czyhlarz und Marburg) 587.
Blasentuberkulose (Casper) 147, 616.
Blasentumor vortäuschendes Uterusfibrom (Loumeau) 616.
Blasenvorfall durch die Operationsnarbe einer Cystotomia suprapubica (Koplinski) 406.
Blastomycetische Dermatitis (Dwyer) 302.
Blastomykosis der menschlichen Haut (Montgomery und Ricketts) 303; (Hyde und Ricketts) 303.
Blennorrhoe der Sexualorgane (Finger) 579.
— Diagnose der B. und ihrer Komplikationen beim Manne (Werther) 167.
— in ihrer Beziehung zu den Adnexorganen des Mannes (Wood) 216.
— Immunität der Tiere gegenüber der (Gonzales) 606.
— Bedeutung und bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei (Scholtz) 89.
— Periurethrale Adenitiden und Abscesse im Gefolge der (Reale) 243.
— Wann können wir die B. als geheilt ansehen? (Leven) 351.
— Anektion der Gelenke, symmetrischer, hornartiger Hautausschlag und Ausfallen der Nägel (Stanislanski) 134.
— des Mastdarms infolge von Incision eines blennorrhoischen Pseudoabscesses (Jadassohn) 83.
— und Syphilis, Hydrotherapie bei (Munter) 259; (Schaper) 364.
— — vor Gericht (Rudeck) 247.
— — Erkrankungen des Herzens bei (Rosenthal) 412.
— beim Weibe (Arneth) 245.
— im Wochenbett (Feis) 167.
— des Uterus (Schultz) 218.
— Operative Behandlung der B. beim Weibe (Herzfeld) 13.
— Behandlung und Prophylaxis (Fermi) 220; (Blanck) 221.
— der vorderen Harnröhre, Protargol bei der (Grosglik) 117; (Neisser) 220.
— Itrol gegen akute (Risso) 243.
— Behandlung mit 20%igem Argonin (Grouven) 82.
Blennorrhoische Komplikationen (Simmes) 408.
Blennorrhoische Arthritis des Schultergelenks (Stinson) 217.
— Arthropathien, Multiple (Hallopeau) 241.
— Epididymitis (Pizzini) 140.
— Fieber (Selenew) 570.
— Infektion präputialer Gänge (Lanz) 445.
— Paraurethritis (Pezzoli) 87; (Werler) 91.
— Peritonitis und Cystitis (Pini) 218.
— Phlebitis mit partieller Gangrän der Glans des Corpus cavernosum und der Urethra (Basut) 219.
— Prostatitis (Rothschild); (Thümen) 219.
— Psychopathien (Cascella) 218.
— Stomatitis (Colombini) 218.
Blutfarbstoff im Harne bei paroxysmaler Hämoglobinurie (Jolles) 637.
Blutschwamm, Behandlung des B. und verwandter angeborener Gefäßneubildungen (Holländer) 44.
Bottinische Operation, Kasuistik und Technik (De la Harpe) 402.
— — wegen Ischurie (Mac Gowan) 157.
— — bei Prostatahypertrophie (Freudenberg) 157, 630.
— Discision der Prostata (Koenig) 246, 402.
Brachydermia palmaris (Audry und Dalous) 359.
Brand, Chirurgische Behandlung des nomatösen (v. Ranke) 465.
Brandwunden, Tuberkulose in (Bagge) 324.
Bromoformausschlag (Gaucher) 523.
Bronzefärbung der Haut, Hämochromatose und Diabetes mit 47.
Brustkrebs, Parasitäre Natur des (Sheild) 470.
Bubo, Pathogenese des venerischen (Nicosia) 605.
— und Ulcus molle (Krulle) 464.
Bubonen behandelt mit Injectionen physiologischer Kochsalzlösung (Waelsch) 30.
Bullöse Ausschläge, Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zu anderen (Ravogli) 87.
— rupiaartige Plaques in der Umgebung von Psoriasiselementen (Hallopeau) 238.
Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone (Grassberger) 466.

Calculus praeputialis (Walton) 582.
Carcinom, Formalin in der Behandlung des (Ravogli) 407.
— und Lupus erythematosus (Holländer) 136.
Carcinombehandlung (Unna) 293.
Cavernitis und Lymphangitis penis (Horovitz) 582.

Chemotaxis und Immunität gegen Lepra bei den Tieren (La Mensa) 141.
Chinin-Hämoglobinurie (Welsford) 636.
Chirurg. Therapie für praktische Ärzte 409.
Chirurgie, Encyklopädie der gesamten (Kocher und De Querwein) 579.
Chloasma (Martin) 407.
Chlorakne, Pathogenese (Hallopeau) 127.
Chlorüre und Harnstoff im Harn Syphilitischer, Verhältnis von beiden (Soual) 530.
Chondro-Carcinom des rechten Hodens; Kastration (Jackson) 620.
Chorioidea, Sarkom der Ch. bei einem Syphilitischen (Post) 416.
Chrysarobin, Histologische Studie über die Wirkung in drei Fällen von psoriasisähnlichem seborrhoischen Ekzem (Hodara) 881.
Chyluscysten (Koblanck und Pforte) 163.
Circumcision, Paraphimose behandelt mit (Peltre) 95.
— Tuberkulose der Vorhaut infolge ritueller (Elsenberg) 203; (Neumann) 581.
Condylomata acuminata der Harnröhre des Mannes (Sprecher (139)
Cornu cutaneum (Rille) 296.
Creeping disease (Merk) 483.
Cydonia Crême 266.
Cylindrurie und Albuminurie bei Syphilis und Quecksilberbehandlung 640.
Cysticercus cellulosae der Haut bei einer Gravida (Pelagatti) 141.
Cystitis, Ursachen, Diagnose und Behandlung (Morten) 101; (Guiteras) 102.
— Akute hämorrhagische (Lea) 618.
— — und Peritonitis blennorrhoica (Pini) 218.
— luetica (Chrzelitzer) 245.
— papillomatosa (Bierhoff) 108.
— colli proliferans oedematosa (Zechmeister und Matzenauer) 245.
— typhosa (Curschmann) 618.
— Urinretention als Folge von (Lomond-Lackie) 104.
— der Frau, Behandlung durch Ausschabung der Blase etc. (Cumston) 619.
— Behandlung der tuberkulösen (Desnos) 147.
— Urotropin bei der Behandlung der (Goldberg) 104.
Cystoskopie (Endovesikale Bilder, Spülcystoskop, Desinfektion) (Lang) 94.
Cystoskopische Instrumente, Neue intravesikale (Bierhoff) 577.
Cystoskopischer Prostataincisor für die Bottinische Operation (Freudenberg und Bierhoff) 133.
Cystotomica suprapubica, Blasenvorfall durch die Operationsnarbe einer (Koplinski) 406.
— und Lithotripsie (Morelli) 149.

Darmcarcinom, Frühdiagnose des D. (Hollaender) 253.
Darmsyphilis (Fournier) 411.
Dauerkatheter, Vorteile des 101.
— bei der Behandlung der Harnaffektion und Prostata- sowie Harnröhrenblutungen (Guyon) 100.
Dauerkatheterismus (Eastmann) 406.
Demodex folliculorum am Augenlide. (Hunsche) 443.
Dermatitis durch Primula veris (Wolter) 272; (Piza) 272.
— der Seidenspinnerinnen (Vallie) 273.
— blastomycetica (Stelwagon) 469.
— Die blastomycetische D. und ihre Beziehung zur Yaws (Dwyer) 302.
— exfoliativa universalis (Petrini) 456.
— herpetiformis, Beziehung zu anderen bullösen Ausschlägen (Ravogli) 87.
— — und Pemphigus chronica, Varietäten (Grouven) 447, 564.
— polymorpha dolorosa, Schwankungen der Harnstoffausscheidungen bei der D. (Hardouin) 137.
— — — mit umschriebenen Eruptionen (Brocq) 427.
— repens (Taylor) 456.
— vesico-bullosa et gangraenosa mutilans (Wende) 213.
— Renautsche Körperchen bei einem Falle von vesiko bullöser D. und Gangrän (Spiller) 426.
Dermatologicum, Unnas D. in Hamburg 51.
Dermatologische Gesellschaft. VII. Kongrefs der Deutschen 327.
— Praxis, Erfahrungen (Saalfeld) 380.
Dermatologischer Unterricht, Bedeutung und Ziele (Rille) 88.
Dermatomykosen, Oleum terebinthinae rectificatum bei (Leven) 197.
Dermatosen, Abnorme squamöse (Casoli) 362.
— Harnstörungen bei (Gaston) 524.
— behandelt mit den Thermalquellen von Ilidze, Chronische (Matzenauer) 256.
Dermatotherapie, die gegenwärtige D. und das Jodoformogen (Salterini) 214.
— Lidbehandlung in der (Stelwagon) 258.
Dermite sycosiforme atrophiante 241.
Dermitis vegetans en placards bei seborrhoischen Säuglingen (Perrin) 32.
Dermographismus, Eigentüml. Fall von (Fabry) 32.
Dermophosphatfibromatose, Allgemeine knotenförmige D. mit Pigmentierung der Haut (Rénon und Dufour) 473

Desinfection und Krankheitsverhütung (Martin) 409.
— der Hände (Unna) 517.
Desinfektionsfrage in der Urologie und Chirurgie (Loeb) 526.
Diabetes mellitus, Heredität bei (Pleasants) 408.
Differentialdiagnose, Histologische D. zwischen den tuberkulösen und syphilitischen Prozessen, speziell zwischen tuberkulöser und gummöser Orchitis (Baumgarten) 377.
Dilatation der Harnröhre, Sonden dazu (Di Gregorio) 585.
Diplococcus albus im Blute Syphilitischer (Paulsen) 567.
Drüsen, Schutzprodukte einiger Drüsen und deren direkte und indirekte Wirkung auf die Haut (Campana) 80.
Ducreyscher Bacillus (Bezançon, Griffon und Le Sourd) 356.
— — und „humanisierter" Nährboden (Lenglet) 527.

Eau de Quinini 266.
Eczema, Atiologie des (Bulkley) 453; (Freeman) 454.
— Diagnose und Behandlung (Robinson) 610.
— Prädisposition und Diathese beim (Besnier) 79.
— Bedeutung pathologischer Einflüsse für die Nummularisation des (Brocq) 32.
— Ist das E. eine parasitäre Krankheit? (Martin) 407; (Brocq) 453; (Kaposi) 454.
— Botanische Klassifikation der beim E. gefundenen Kokken (Moberg und Unna) 358.
— seborrhoicum-Unna (Perrin) 215.
— — Histologische Studie über die Wirkung des Chrysarobins beim (Hodara) 381.
— — Veränderungen an den Nägeln im Verlauf eines (Audry) 573.
— und Acne vulgaris (Whitfield) 429.
— der Bindehaut (v. Michel) 184.
— Ein chronisches E. durch einen Abscefs geheilt (Longhurst) 455.
— Methylenblau gegen (Brocq) 79.
— Behandlung mit Naftalan (Kölbel) 455.
— Heilung im roten Sonnenlichte (Winterwitz) 455.
Echynococcuscyste, Retrovesikale (Saxahansky) 529.
Ecthyma phagedanicum (Moskalew) 569. 504.
Eiweifsprobe mit Salpetersäure, Die verschiedenen bei der Hellerschen E. m. S. entstehenden Ringe (Fussel) 640.
Ektothrixform des Trichophytonpilzes (Bunch) 297.
Ekzematöse Erkrankungen des äusseren Ohres, Naftalan gegen (Sagebiel) 455.
— gichtische, rheumatische und andere Leiden, Behandlung mittelst heifser Luft (Walsh) 455.
Elastische Fasern bei Lupus erythematosus (Schoonheid) 201.
Elastisches Gewebe in der menschlichen Harnröhre (Sprecher) 96.
Elektrizität bei Hautkrankheiten (De Courmelles) 256.
Elektrolyse, Behandlung der Angiome durch (Labbé) 44.
— der oberflächliche Lupus erythematosus behandelt mit (Frattali) 248.
— als Heilmittel der chronisch glandulären Urethritis (Walker) 406.
Elektrotherapie in der Dermatologie (Winkler) 91.
Elephantiasis (Rille) 468.
— des Skrotums (Duhot) 468.
— nach chronischem, recidivierenden Erysipel (Cohn) 468.
— der Unterschenkel (Steiner) 200.
Elephantiastische Verdickung des rechten Vorderarmes bei einem Syphilitischen (Isaac) 469.
Emphysem, Allgemeines subakutes E. in einem Falle von akuter Miliartuberkulose (Chatin und Piery) 484.
Endocarditis blennorrhoica (Loeb) 218.
Endoskopie der Harnröhre und Blase als Unterrichtsgegenstand (Grünfeld) 82.
Enuresis nocturna (Amat) 99.
— — Behandlung mit Massage (Herbstmann) 614.
Eosinophile Leukocyten in Tumoren (Feldbausch) 252.
Epicarin bei Hautkrankheiten (Rille) 262.
— bei Hautaffektionen der Kinder (Kraus) 262.
Epidermolysis bullosa, Habituelle traumatische (Philippson) 362.
— hederitaria, Dystrophische Form derselben (Bettmann) 561.
Epididymitis blennorrhoica (Pizzini) 140.
— suppurativa gonococcica (Laurent) 572.
— Tuberkulöse (Tessler) 151.
Epiphysentrennung syphilitischer Neugeborener (Parrotsche Krankheit) (Labbé) 375.
Epithelialcarcinom, Arsenik als diagnostisches Mittel in der Behandlung des (Trunecek) 42.
Epithelien, Nervenendigungen in den E. (Pighini) 337.
Epitheliom, Einfluss der antisyphilitischen Behandlung auf das (Du Castel) 129.
— des Penis (Ducastel) 521; (Parker) 407.

Epitheliom der Zunge (Danlos) 346.
Erysipel 261.
— Antistreptokokkenserum bei (Jones) 467; (Harrison) 467
Einfluſs auf lupöse Ulcerationen (Hallopeau 522.
Erythema 316.
— circiné tertiaire 296.
— exsudativum (Breda) 79.
— — multiforme 316.
— — — (Shiwult) 524.
— induratum scrophulosorum (Doughty) 325.
— iris und Pemphigus (Drury) 426.
— nodosum (Chotzen) 469.
— — „Drüsenfieber" in Verbindung mit (Thornton) 469.
Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (White) 212.
Euguform (Ciesielski) 525.
Exantheme, Atiologie der akuten (Siegel) 274.

Favus an den Augenlidern (Schmidt-Rimpler) 457.
— bei Neugeborenen (Schleissner) 31.
— bei einer Pariserin (Tenneson) 129.
Farbenchemie bei mikroskopischen Arbeiten (Pappenheim) 145.
Fettgewebsnekrose, Makro- und mikrochemische Reaktion der (Benda) 253.
Fettkörnchenzellen und Granulalehre (Arnold) 249.
Filaria und deren Folgen auf den Fidji-Inseln (Finncane) 224.
Finsens Phototherapie (Bie) 607.
Florencesche Reaktion auf Spermaflecke (Dawidon) 150.
Foetus in utero, Hat das „Sich versehen" der Mutter Einfluſs auf den (Mc. Hattie) 168.
Follikulitis, Infektiöse (Whitfield) 299.
— der Umgebung der Genitalien (Baudouin und Gaston) 521.
— der Kopfhaut, Akute eiternde (Gottheil) 429.
Formalin in der Pflege der Füſse beim Infanteristen (Fischer) 260.
— in der Behandlung der Seborrhoe, der Hyperhydrosis und des Carcinoms (Ravogli) 407.
Framboesia brasiliana oder Boubas (Breda) 361; (Majocohi) 362.
Fremdkörper (Fieberthermometer) in der Blase (Morgan) 149.
Furunkulöse und septische Hautentzündungen, Entstehung und Behandlung (Ullmann) 460.
Furunkulosis, Behandlung mit Schwefelpräparaten (Russlon) 461.

Gabungeschwür (Gaucher und Bernard) 522.
Gangraena cutis hysteria (Ribalkin) 569.
— — im Verlauf des typhösen Fiebers (Stahl) 465.
— der Finger bei einem Dementen (Du Castel) 238.
— infolge von Anwendung verdünnter Karbollösungen (Harrington) 273.
— der Glans penis und der Urethra, Partielle (Batut) 219; (Clarkson) 582.
— Benaut'sche Körperchen bei (Spiler) 426.
Gasphlegmone, Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zur (Grassberger) 466.
— im Verlaufe eines Typhus, Gangränöse (Pinatelle) 466.
Gastrointestinalkatarrhe der Kinder, Hautkrankheiten als Komplikationen der sommerlichen (Schamberg) 253.
Gefäſsneubildungen, Behandlung des Blutschwammes und verwandter angeborener (Holländer) 44.
Gelatine und Haematurie (Schwabe) 159.
Genitalien, Follikulitis und der Umgebung der (Baudouin und Gastou) 521.
Geschlechtliche Erkrankungen, Wie schützt man sich vor (Bernstein) 251.
— Infektionskrankheiten in der Charité, Statistik derselben (Schaper) 251.
Geschlechtsapparat, Krankheiten der Harnorgane des männlichen (Fürbringer, Jadassohn, Kümmell, Leser und Rosenstein) 35.
Geschlechtsfunktionen, Einfluſs der Varicocele auf die (Williams) 153.
Geschlechtskrankheiten (Joseph) 609.
— Behandlung (Tancum-Jouddelowitz) 248.
Geschlechtskranke, Krankenversicherungsgesetz gegen (Mugdan) 328.
Geschlechtsleben in England (Dühren) 305.
Geschlechtsorgane, Krankheiten der männlichen (Breda) 362.
Geschlechtstrieb und Schamgefühl (Ellis) 143.
Geschlechtsverkehr, Neue Bahnen im (Schulz) 146.
Geschwür des Penis, bei einem hereditären Syphilitiker, Tertiäres phagedänisches (Fournier) 240.
Geschwürsformen, Behandlung mit trockener Heiſsluft (Ullmann) 458, 459.
Gewebe, Das Wort „elastisch" in der Bezeichnung eines (Triepel) 223.
Gileadbalsam 265.
Glasdinte aus Gelanth (Unna) 343.
Glossitis exfoliativa marginata (Bouveyron) 456.
Glycerinimpfpulpe, Altwerden der (Boisson) 318.
Goldcreams 265.

Gonococcus, Einfluſs der Umgebung auf den G. 217.
— Virulenz des (Rizzini) 140.
Gonokokken, Züchtung auf einfachen Nährböden (Thalmann) 250.
Gonokokkenfollikulitis des Präputiums (Hallopeau) 242.
Gonosol 263.
Granulalehre und Fettkörnchenzellen (Arnold) 249.
Guberwasser in der Therapie der Hautkrankheiten (Glueck) 255.
Gummös - syphilitische Erscheinungen (Ustizoff) 132.

Haarausfall, Mittel gegen (Twisselmann) 479.
Haarfärbemittel, Ein schädliches H. und seine Folgen 52.
Haare der Negritos auf den Philippinen (Pohl) 223.
— Weisswerden der H. nach Schreck.
Haarpomaden 265.
Haarwaschwässer 266.
Haemangioendothelioma tuberosum multiplex (Guth) 613.
Hämatologische Untersuchungen (Becker). 369.
Hämatoporphyrinurie (Calvert) 637.
— bei akuter aufsteigender Paralyse (Stockton) 160.
Hämaturie und Gelatine (Schwabe) 159.
— Über die sogenannte essentielle (Ciuti) 159.
— der Schwangerschaft (Guyon und Albarran) 159.
— infolge von Bilharzia haematobia (Gutch) 636.
— paroxystica (Mannaberg und Donath) 160; (De Rossi) 636; (Lamson) 637; (Jolles) 637.
— durch Chinin (Welsford) 636.
Hämochromatose und Diabetes mit Bronzefärbung der Haut 47.
Hämoglobinämie und Hämoglobinurie, Thätigkeit der Milz und der Nieren bei (Vitali) 160.
Hämorrhoiden, Eine neue Operation für (Elliot) 477.
— Moderne chirurgische Behandlung der (Blech) 49.
Hände des Chirurgen (Guyon) 137.
Harn, Untersuchungen mittelst kombinierter Anwendung von Gefrierpunkt- und Blutkörperchenmethode (Hamburger) 158.
— Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Zuckers im (Spaethe) 159.
— Giftigkeit des H. und Durchläſsigkeit der Nieren bei Syphilis (Soual) 529.
Harn, Chemisches Verhalten des H. bei der Alopecia areata (Jacquet und Portes) 524.
— der fettleibigen Menschen. Zucker im (Wolfner) 638.
— Quecksilber im (Jolles) 639.
— Die Bedeutung des Urotropins für die Antisepsis des (Cammidge) 635.
— Residualharn bei Prostatahypertrophie (Miller) 628.
Harnblase s. Blase.
Harnblasendivertikel 457.
Harnblasenhals, Reflektorischer Einfluſs der chronischen Reizung des H. auf die Nieren (Halpern) 82.
Harnblasenstein von Kalkoxalat (Loumeau) 617.
— Voluminöser (Mörsan) 149.
Harncylinder, Klinische Bedeutung der (Kobler) 158.
Harneisen und Bluteisen (Jolles und Winkler) 636.
Harnentleerung, Störungen der (Popper) 631.
Harnerkrankungen, Diagnose der (Görl) 632.
Harn- und Geschlechtskrankheiten, San Palmetto bei (Ellis) 260.
Harninfektion, Dauerkatheter bei der Behandlung der (Guyon) 100.
Harnorgane und männlicher Geschlechtsapparat, Krankheiten derselben (Fürbringer, Jadassohn, Kümmell, Leser und Rosenstein) 35
Harn- und Zuckerprobe, Eine neue (Edlefsen) 159.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenblutungen, Dauerkatheter bei (Guyon) 100.
Harnröhrenkrebs, Heilbarkeit des frühzeitig erkannten H. beim Manne (Rupprecht) 99.
Harnröhrenrupturen mit kasuistischen Beiträgen (Jacobson) 503.
Harnröhrenschleimapparat, Funktionen des H. bei Injektionen (Stransz) 183.
Harnröhrenschliefsapparat bei Injektionen (Kiss) 402.
Harnröhrensteine (Lotos) 99.
Harnröhrenstriktur s. Striktur.
Harnröhrenzerreifsung, geheilt durch primäre Naht (Heintze) 97.
Harnsegregator, Der Downessche (Freudenberg) 635.
Harnsteine (Posner) 635.
— Entleerung einer gröfseren Menge H. nach einer Urethrotomia interna (Loumeau) 148.
Harnstörungen bei den Dermatosen (Gaston) 524.
— bei Kleinheit der Prostata (Englisch) 626.

Harnstoffausscheidungen bei der Dermatitis polymorpha dolorosa (Bardouin) 137.
Harnsystem, Acsendierende Infektion durch den Bacillus pyocyaneus und den Proteus vulgaris (Blumer und Lartigan) 538.
— Tuberkulose des (Gille) 55.
— Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im (Zuckerkandl) 634.
Harnverhaltung (Blanck) 158; (Peyer) 535.
Harnverhaltungen spastischen Ursprungs behandelt mit Kokaineinspritzungen in die Urethra (Romme) 99.
— Katheterismus bei einigen Formen prostatischer (Hottinger) 156.
Haut Angio-Epithelioma der (Audry) 359.
— Angiosarkom der (Fordyce) 472; (Johnston) 577.
— Wirkung des Arsens auf die (Brooke und Roberts) 574; (Barendt) 575.
— der Hohlhand, Atrophie (Audry und Dalous) 359.
— Verteidigung der H. gegen Autointoxikation (Nékám) 86.
— Blastomykosis der menschlichen (Montgomery und Ricketts) 303; (Hyde und Ricketts) 303.
— Bronzefärbung der 47.
— bei einer Gravida, Cysticercus cellulosae der (Palagatti) 141.
— im Verlauf des typhösen Fiebers, Gangrän der (Stahl) 465.
— Hygiene des (Bellini) 452.
— Untersuchung der H. von Pemphigus chronicus (Audry, Gérard, Dalous) 405.
— Eine eigentümliche, progressive Pigmentanomalie der (Schamberg) 301.
— Pigmentierung der H. und allgemeine, knotige Dermophosphatfibromatose (Renon und Dufour) 473.
— Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die (Jutassy) 257; (Scholtz) 257.
— Multiples, benignes Sarkoid der (Boeck) 611.
— Direkte und indirekte Wirkung der Schutzprodukte einiger Drüsen auf die (Campana) 80.
— Trophische Erscheinungen der H. bei Hemiatrophia facialis (Montesano) 244.
— Tuberkulose der (Wolters) 324.
— Akut verlaufende Urticaria mit lichenoider Veränderung der (Du Castel) 128.
— und der Harnwege, Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber Infektionen durch Erkrankungen der (Notthafft) 86.
Hautatrophie, Alopecia des Bartes, verbunden mit (Galloway) 298.
— Idiopathische (Heller) 83.
Hautatrophie, Idiopathische, diffuse, progressive (Unna) 90.
Hautausschlag und Ausfallen der Nägel, Hornartiger (Stanislansky) 134.
— nach Krotonöl (Urquart) 273.
Hautausschläge bei Typhus recurrens (Luoji) 270.
Hauterscheinungen bei Lepra (Hallopeau) 522.
Hauteruption von miliumartigem Aussehen (Ciarrochi) 457.
Hautemphysem nach Laparatomien (Heil) 484.
Hautendotheliom im Narbengewebe von Lupus vulgaris (Fordyce) 472.
Hautentzündung, Milchsäure bei pruriginöser (Ducastel) 482.
Hautentzündungen und Furunkulose, Septische (Hollmann) 460.
Hautepitheliom, Klinische und pathologische Beobachtungen über einige Frühformen von (Fordyce) 41.
— Behandlung des (Butte) 451.
Hautepitheliome (Vineta) 472.
Hautgeschwür von Penis, Tuberkulöses (Tschlenoff) 350.
Hautkrankheiten (van Haren-Noman) 37.
— Handatlas (Kaposi) 306.
— Handbuch (Hyde und Montgomery) 607.
— Behandlung (Abraham) 256.
— Allgemeine Therapie der (Manassein) 85.
— Innere Behandlung (Jessner) 608.
— und venerische (Drasche) 92.
— und Syphilis (Lassar) 356.
— nach innerlichem Arsengebrauch (Stark) 397.
— Elektrizität bei (De Courmelles) 256.
— Epikarin bei (Rille) 262; (Kraus) 262.
— Guberwasser bei (Glueck) 255.
— des Kopfes, Ein altes Präparat gegen (Liègois) 259.
— Proliferation bei infektiösen (Hallopeau)
— Röntgenstrahlen zur Enthaarung und Behandlung von (Pusey) 409.
— Röntgenstrahlen gegen (Jutassy) 257; (Scholtz) 257.
— bei Sommerdiarrhöen der Kinder (Schamberg) 253.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Grenzgebiete zwischen beiden (Joseph) 397.
— — in Marokko (Raynaud) 359.
Hautkrebs (Ravogli) 531.
Hautläsionen, Untersuchung von 300 pustulösen und vesikulösen (Gilchrist) 427.
Hautmuskeln und Schweifsabsonderung. Wirkung des Pilokarpins auf die glatten (Jacquet) 83.

Hautnervenaffektionen, Multiple (Schlesinger) 89.
Hautödem, Diffuses chronisches (Rosin) 267.
— Diffuses chronisches H. mit Beteiligung des Kehlkopfes (Lublinski) 257.
Hautpflege vom prophylaktischen Standpunkt aus (Jamieson) 254.
Hautrhagaden, Histologische Veränderungen und semiologische Bedeutung der (Matteucci) 254.
Hautsarkome, Kasuistik der mit Arsen behandelten primären (Pospelow) 87.
Hauttransplantationen, Lebensdauer der vom Organismus losgetrennten Hautelemente (Pezzolini) 254.
— Antinosin bei (Amyx) 267.
Hauttuberkulose, Seltene Formen (Nobl) 612.
— Ulceröse und vegetierende H. nach einem Trauma (Du Castel) 128.
— Vereinigung verschiedener Formen bei einem Individuum (Brousse und Ardin) 208.
Hautveränderungen bei Typhus abdominalis (Sibirski) 403.
Hautverbrennung durch Röntgenstrahlen (Deutschländer) 272.
Hautwassersucht, Chirurgische Behandlung (Menlo) 267.
Heifsluft, Geschwürsformen behandelt mit trockener (Ullmann) 458.
— Ekzem behandelt mit (Walsh) 455.
Heminaopsie, Syphilitische (Knotz) 418.
Hemiatrophia facialis, Trophische Erscheinungen der Haut in einem Falle von H. f. mit Sarcoma idiopathicum (Montesano) 244.
Hereditär-syphilitische Phalangitis der Säuglinge (Hochsinger) 612.
Heredosyphilis des Rückenmarks (Caziot) 136.
Heredosyphilitische Mifsbildung des Ohres (Fournier und Detot) 239.
Hernie der Blase (Alessandri) 357.
Herpes tonsurans s. Trichophytie.
— zoster s. Zoster.
Hg- und Jodkaliumdyspepsie, Beseitigung derselben (Bolen) 380.
Hirnhautangiom (Kalischer) 48.
Hirnsyphilis, Apoplektiforme (Montesano) 244.
Hoden, Chondro-Carcinom des rechten (Jackson) 620.
— Einzelheiten im Bau des syphilitischen (Audry) 209.
— Veränderungen des H. bei experimentellem Verschlufs des Samenleiters (Simmonds) 620.
— Überzähliger (Turner) 150; (Lossen) 150.
Hodenentzündung bei Tripper und Parotitis (Vandenbossche) 219.
Hodentuberkulose, Primäre (Southam) 623.
— Experimentelle Beiträge (Kraemer) 623.
— Pathogenese und Histologie der (Baumgarten) 622.
Hoden- und Nebenhodentuberkulose, Behandlung durch Unterbindung des Samenstranges (Monclaire) 623.
Holzphlegmone (Chiari) 80.
Honig-Glycerin-Gelée 265.
Hornzelle, Bau der menschlichen (Merk) 222.
Hospitalbrand (Matzenauer) 352. 447. 564.
Hutchinsonsche Stigmata auf den Milchschneidezähneu (Fournier) 240.
— Zähne (Rodier) 572.
Hydrargyrose, Zoster im Verlaufe einer (Audry und Laurent) 573.
Hydrocele (Federici) 152.
— Behandlung (Vetere) 624.
— Heilung durch Umstülpung der Tunica vaginalis (Longuet) 624.
Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand nebst Bemerkungen über Chylucysten (Koblanck und Pforte) 163.
Hydrotherapie bei Syphilis und Blennorrhoe (Munter) 259.
Hyperämie, Heilwirkung der durch Wärme erzeugten H. auf chronische und infektiöse Geschwürsprozesse (Ullmann) 459.
Hyperchromatose der Muskelkerne bei Lepra (Fujinami) 320.
Hyperidrosis, Formalinbehandlung der (Ravogli) 407.
— axillae, Behandlung mit dem Thermokauter (Koplinski) 483.
Hyphomycetem, Apparat und Methode zur Erhaltung einiger H. in Reinkultur (Reale) 242.
Hypospadie, Operative Behandlung (Beck) 536; (Hacker) 296; (Russell) 581.

Ichthalbin (Siebert) 262.
Ichthargan (Rietema) 27; (Unna) 76.
Ichthyol (Brownlie) 261.
— Ammonium purum, Verwendung in der dermatologischen Praxis (Hodara) 604.
Ichthyol-Eisen und Ichthyol-Calcium (Unna) 235.
Ichthoform (Unna) 76.
Ichthyosis congenita (Riecke) 206.
— hystrix (Crocker) 298.
Immunität der Schweifsdrüsen gegen Eiterkokken (Finger) 81.
Impetigo 504.
— circumpilaris des Kindes (Impetigo Bockhart) (Minne) 424.

Impetigo contagiosa (Matzenauer) 85.
— — Bakteriologie der (Engman) 407.
— herpetiformis beim Manne (Gunsett) 562
— nach Schutzpockenimpfung (Harding) 317
Impfausschläge (Sobel) 316.
Impfpulpe, Wirksamkeit der veralteten, mit Glycerin zubereiteten (Boisson) 318.
Impfung s. Vaccination.
Impotenz, Therapie der (Mendel) 149.
— Beziehungen der Vesiculitis seminalis zur (Guiteras) 152.
Indikationen zur Erneuerung der antisyphilitischen Behandlung (Halpern) 562.
Infektionsgefahren in den Kurorten und Schutzmafsregeln gegen dieselben (Ullmann) 223.
Infektionskrankheiten (Wolt) 40.
— Syphilis und gleichzeitig vorhandene andere (Neisser) 366.
Infektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung (Waelsch) 30.
Initialsklerose, Pathologie derselben (Ehrmann) 373.
— — des Augenlides (Whiteford) 378.
— Syphilis d'emblée ohne (Jullien) 84.
Institut für Radiographie (Schiff) 614.
Jod bei Syphilis (Lilienthal) 423.
Jodalbacid und seine Verwendbarkeit in der Syphilistherapie (Geyer) 82.
Jodipin (Sessous) 262; (Klar) 262.
Jododerma tuberculosum (Jesionek) 84.
Jodosolvin (Wunder) 136.
Jodtherapie, Hypodermatische J. luetischer Spätformen (Nobl) 86.
Ischurie, Bottinische Operation wegen (Mac Gowan) 157.
Itrol bei der akuten Blennorrhoe der Urethra (Risso) 243.

Kalomel, Angebliche Flüchtigkeit des K. bei normaler Temperatur des menschlichen Körpers (Simonelli) 606.
Kalomelinjektionen, Veränderungen im menschlichen Muskel nach (Allgeyer) 349.
— und dadurch im menschlichen Muskelgewebe erzeugten Veränderungen (Allgeyer) 606.
Kankroid, geheilt durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen (Stenbeck) 471.
Kastration bei Prostatahypertrophie (Lanz) 157.
Katheter, Antiseptik des Auges der weichen (Delefosse) 247.
— mit Obturatoren (Schlagintweit) 401.
Kathetercystoskop von Schlagintweit (Schlagintweit) 401.
Katheterisieren, Aseptisches (Beck) 160.
Katheterismus bei einigen Formen prostatischer Harnverhaltung (Hottinger) 156.
Kathetersterilisation (Kutner) 586.
— und Asepsis des Ureterkatheterismus (Katzenstein) 585.
Kehlkopfsyphilis (Glück und Kobler) 82.
Keloid, Drei Fälle von (Greig) 45.
Keratosen, Über das gleichzeitige Vorkommen von mehreren (Selenew) 404.
Klinische Vorlesung (Allen) 408.
Kokaineinspritzungen in die Harnröhre bei Harnverhaltungen spastischen Ursprungs (Romme) 99.
Kokken, Botanische Klassifikation der beim Ekzem gefundenen (Moberg und Unna) 358.
Kondylome der Lippen- und Mundschleimhaut, Spitze (Löwenbach) 85.
Kopfhautkrankheiten, Ein altes Präparat für (Liégois) 259.
Krankenversicherungsgesetz f. Geschlechtskranke (Mugdan) 328.
Krankheit, Die „vierte“ (Dukes) 275; (Craik) 275; (Romer und Kidd) 275.
Kraurosis vulvae (v. Weiss) 90; (Rille) 164; (Jung) 165.
— — und Leukoplasia vulvo-analis (Perrin) 357.
Krebs, seine Ätiologie und sein Vorkommen (Schütz) 41.
Krebsoperationen und Ulcus rodens, Resorcin bei (Blomfield) 472.
Krotonöl, Hautausschlag nach (Urquart) 273.
Kuhpockenlymphe, Abschwächung der K. in den heifsen Ländern (Hervieux) 317.
Kupferarbeiter, Untersuchungen an (Lewin) 51.
Kurorte, Syphilisbehandlung in denselben (Morgenstern) 568.

Larva migrans („Creeping disease“) (Rille) 93.
Lepra (Abraham) 199; (Fuchs) 569; Schtschokin) 569.
— maculo-anaesthetica (Woit) 207.
— — Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der (Woit) 450.
— Verschiedene Hauterscheinungen der L. (Hallopeau) 522.
— in Neu Süd-Wales (Thompson) 319.
— in Ostindien während des 17. und 18. Jahrhunderts (van Dorssen) 305.
— Eine in San Francisco an L. erkrankte weifse Frau (Montgomery) 451.

Lepra, Prophylaxe und Kontrolle in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika (Morrow) 449.
— Ursprung u. Infektionsarten (Morrow) 319.
— Histologische Veränderung des Muskelgewebes bei der L. und eine besondere Wucherung und Hyperchromatose der Muskelkerne (Fujinami) 320.
— Immunität und Chemotaxis gegenüber L. bei den Tieren und direkte Versuche zur Aufhebung derselben (La Mensa) 141.
— des Auges (Galezowski) 348.
— Periostitis bei (De la Camp) 320.
— tuberosa, Behandlung mit Chaulmoograaöl, Besserung (Brousse u. Vires) 448.
— Kontagiosität und Behandlung (Dom Lauton) 319.
— Gift der Klapperschlange bei (De Morera) 323.
— Behandlung mit Quecksilber (Glück) 451.
— Guberwasser in der Behandlung der (Glück) 448.
— Heilbarkeit der (Ehlers) 448.
— in Dalmatien (Ehlers) 451.
Lepraasyl der Brüdergemeinde in Jerusalem 319.
Leprabacillus, Züchtungsversuche des (Scholtz und Klingmüller) 207.
Leprakranke, Sekundärinfektionen der (Brutzer) 320.
Leprin (Scholtz und Klingmüller) 207.
Lepröse, Molokai, die Insel für (Schauinsland) 307.
Leukocyten, Vorkommen von eosinophilen L. in Tumoren (Feldbausch) 252.
Leukocytose bei Variola (Weil) 314.
Leukoderma syphiliticum (Rille) 377.
— und Addinsonsche Krankheit (Wilks) 45; (Gardner) 46.
Leukoplakia lingualis im Verlaufe einer konzeptionellen Syphilis (Gaucher und Barbe) 523.
Leukoplakie (Schwimmer) (Sellei) 21.
Leukoplasia vulvo-analis und ihre Beziehung zur Kraurosis vulvae (Perrin) 357.
Lichen hypertrophicus (Pringle) 298.
— infantum 298.
— obtusus (Hügel) 470.
— planus (Fox) 297; (Metscherski) 152.
— — seine Variationen, Beziehungen und Imitationen (Crocker) 209.
— — Akuter L. p. mit Blasen und kleienartiger Abschuppung (Hallopeau und Lemierre) 347.
— ruber pemphigoides (Bettmann) 354.
— scrophulosorum 504.
— — (Pringle) 298.
Lichenoide u. Lichenformen, Vergleichende Anatomie (Ehrmann) 81.
Lichtbäder, Wirkung elektrischer (Helm) 257.
Lichtbehandlung in der Dermatotherapie (Stelwagon) 258.
Lichtheilverfahren, Der gegenwärtige Stand (Helm) 258.
Lithämie, Diät bei (Conklin) 405.
Litholapaxie mit Kasuistik (Barkley) 618.
Lithotripsie und Cystotomie (Morelli) 149.
Lostorfersche Körperchen im Blute Syphilitischer (Neudörfer) 370.
Lues s. Syphilis.
Luftbäder (Keller) 255.
Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten (Möller) 444.
Lupöse Ulcerationen, Einfluſs des Erysipels auf (Hallopeau) 522.
Lupus (Wolters) 323; (Pellizzari) 324; (Lesser) 200.
— crythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— vaccinalis (Little) 573.
— Hautendotheliom im Narbengewebe von (Fordyce) 472.
— vom klinischen Standpunkt (Martin) 407.
— Behandlung mittels heiſser Luft nach Holländer und Apparat dazu (Werther) 327; (Balzer) 345.
— Behandlung mit Kalium permanganicum (Hallopeau) 522; (Butte) 451.
— Exstirpation des (Asselbergs) 325.
Lupusgewebe, Verhalten der im L. eingeschlossenen Gebilde (Pelagatti) 169.
Lupuskranke mit Röntgenstrahlen behandelt (Grouven) 327.
Lupustherapie, Chirurgisch-plastische und andere Methoden der aktuellen (Nobl) 325.
Lymphangitis penis und Cavernitis (Horowitz) 582.
— — in einem Falle von weichem Schanker (Danlos) 346.
Lymphe, Bakteriologie der (Czaplewski) 318.
Lymphosarkom oder Mykosis fungoides? (Heuss) 463.

Maisonneuvesches Urethrotom (Nicolich) 358.
Maladies de la Peau (van Haren Noman) 37.
Manuale der neuen Arzneimittel (Mindes) 609.
Marmorstaubseife von Schleich (Fuchsig) 262.
Masern s. Morbilli.

Mastdarmblennorrhoe infolge von Incision eines blennorrhoischen Pseudoabscesses (Jadassohn) 83.
Medizinal-Kalender 1901. 91.
Melanodermie, Histopathologie der parasitären (Andry) 394.
— Phthiriatische M. mit Kachexie und Verfärbung der Mundschleimhaut (Chatin) 208.
Melanosarkome mit eigenartigen Komplikationen an beiden Augen, Multiple (Wagenmann) 43.
Melanosis lenticularis (Pick) 91.
Meningitis, Syphilitische (Knotz) 418.
Meningo-Myelitis chronica Typus Erb (Caziot) 136.
Meralgia paraesthetica (Schlesinger) 89.
Mercolintschürze (Welander) 91.
Merkureinreibungen und Merkureinatmungen (Schuster) 89.
Merkurialexanthem, Neue Form (Leven) 558.
Merkurialexantheme, Schwere Formen von (Berliner) 355.
Merkuriol, Syphilisbehandlung mit (Aman) 206.
Metaplasie (Benecke) 148.
Mikroskopische Anatomie, Wert allgemeiner Prinzipien beim Studium der (Macleod) 361.
Mikrosporon, Kulturen des M. und des grofssporigen Trichophyton (Pollitzer) 457.
Milchsäure bei pruriginöser Hautentzündung (Du Castel) 482.
Miliaria des Gesichts, Rezidivierende M. d. G. (Brocq) 428.
Miliumartiger Ausschlag (Ciarrocchi) 457.
Milztumor, Klinik des syphilitischen (Chamaides) 80.
Molluscum contagiosum mit voluminösen Tumoren (Balzer) 345.
— — des Haarbodens (Dubois-Havenith) 349.
— — des Schädels (Balzer) 521.
— fibrosum (Savill) 297.
Molokai, die Insel der Aussätzigen (Schauinsland) 307.
Monilethrix (Abraham) 199.
Morbilli 316.
— (Elgart) 311.
— Abnahme der Leukocyten im Blute bei (Caccia) 312.
— Desinfektion bei den (Kallin) 311.
— in den Kinderkrippen (Beluze) 312.
— Ist es möglich die Sterblichkeit infolge von M. durch gesetzliche Mafsnahmen zu verhindern? (Bruggen) 311.
— kombiniert mit Pemphigus acutus (Haeubler) 312.
— Prämonitorische Ausschläge bei (Thursfield) 311.
Morbilli, Rubeolen (Craik) 275.
— und Pocken bei Kindern (Dupaquier) 443.
Morbus Addisonii s. Addisonsche Krankheit.
— Brightii (Thursfield) 258.
Muttereindrücke (Sich versehen) im niederen Tierleben (Wilson) 432.
Mycetoma pedis, eine neue Strahlenpilzart (Delbanco) 81.
Mykosis fungoides (Róna) 88; (Schiffmacher) 463.
— — oder Lymphosarkom (Heuss) 463.
Myxödem (Dubois-Havenith) 349.

Naevi vasculosi (Martin) 407.
Naevocarcinome (Joseph) 84.
Naevus flammeus dolorosus (Ciarrocchi) 475.
— papillomatosus universalis, Behandlung mit Thyreoidin (Beck) 433.
Naftalan (Klug) 263.
Naftalanbehandlung bei ekzematösen Erkrankungen des äufseren Ohres (Sagebiel) 455.
Nagel, Geschwüre der grofsen Zehe und Vortäuschung eines eingewachsenen (Delbet) 460.
— Der eingewachsene (Oehler) 271.
Nase, Elektrotherapie der roten (Weiss) 470.
Nasensyphilis, Hereditäre N. der neugeborenen und Säuglinge (Hochsinger) 83.
Nebennieren (Aichel) 52.
Neoplasmen des Nierenbeckens und des Ureters, Primäre (Albarran) 137.
Nephritis, Akute N. bei Sekundärsyphilis (Stepler) 410.
Neurasthenie, Sexuelle (Schmiedefeld) 153.
— und Syphilis (Kiernau) 416.
Neuro-fibromatosus universalis mit Pseudo-Neurom des Vagus (Moynihan) 473.
Neurom des Plexus brachialis, Axillares (Schmidt und Delbanco) 45.
Neurosen, Vasomotorisch-trophische (Cassirer) 141.
Neurosyphilid 296.
Niere, Mischgeschwulst der (Imbert) 529. 521.
— Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der (Küster) 133.
— Phosphaturie als Sekretionsneurose der (Gonzalet) 426.
— Anatomie und Physiologie der (Caswell) 409.
Niereninfarkte bei Neugeborenen (Wermel) 527.
Nierensyphilis (Karvonen) 185.

Nierentuberkulose (Delbet) 357.
— der linken N.; sekundäre tuberkulose Cystitis; Nephrektomie (Bouglé) 529.
— und Ureterenkatheterismus (Albarran) 162.
Nitropropioltabletten, eine neue Zuckerprobe (v. Gebhardt) 638.
Nomatöser Brand, Chirurgische Behandlung des (v. Ranke) 465.
Nummularisation des Ekzems, Bedeutung pathologischer Einflüsse für die (Brocq) 32.

Oedema bullosum vesicae (Bierhoff) 586.
— Urticaria in den Tropen vortäuschend angioneurotisches (Green) 267.
Oleum terebinthinae rectific. bei Dermatomykosen, speziell bei Pityriasis versicolor und Herpes tonsurans (Leven) 197.
Olivenharzpomade 266.
Opsithotonus im Anschluſs an dorsales Sclerema neonatorum (Browning) 214.
Orchitis, Akute (Bucchel) 151.
— gummosa (Baumgarten) 377.
Orientbeulen (Ullmann) 90.
Osphresiologie, Die sexuelle (Hagen) 409.
Osteo-Arthritis und Psoriasis vulgaris (Eddowes) 458.
Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase (Benecke) 148.
Osteomyelitis (Schelkau) 345.
— syphilitica (Sakrepa) 524.
Oxalurie, Die physiologische und pathologische (Lecoeur) 161.

Pagetsche Krankheit (Dubois-Havenith) 349.
Pancreatitis luetica (Chrzelitzer) 80.
Papilloma neurotico-zostériforme bilaterale der Unterextremitäten (De Amicit) 79.
— in der Gegend des Nasenvestibulums (Reale) 243.
Parakeratosis variegata 299.
Paralyse, Akute aufsteigende P. mit Hämatoporphyrinurie (Stockton) 160.
Paraphimose, Behandlung mit Circumcision (Peltre) 95.
— Phimosis (Rille) 25.
Paraurethritis blennorrhoica (Pezzoli) 87.
Parotitis und Hodenentzündung bei Tripper (Vandenbossche) 219.
Parrot'sche Krankheit (Labbé) 375.
Pediculosis (Wolters) 98.
Pelade ophiasique 232.
— séborrhoique 252.
Pellagra (Babes und Sion) 578.
Pemphigus (Rille) 296.
— acutes, Masern kombiniert mit (Haeubler) 312.
Pemphigus chronicus in seinen Varietäten und Dermatitis herpetiformis (Grouven) 354, 447, 564.
— — verus, Untersuchung der Haut, des Blutes und des Urins bei (Audon, Gérard und Dalous) 405.
— neonatorum, Identität des P. n. und der Impetigo contagiosa (Matzenauer) 425.
— syphiliticus (Renault) 128.
— vegetans Neumann (Danlos) 127.
— vulgaris (Foster) 425.
— — chronicus, Diagnose und Behandlung (Unna) 426.
— mit Erythema iris (Drury) 426.
Pemphigusblase, Histologischer Sitz der (Mazza) 244.
Penis, Epitheliom (Ducastel) 521; (Parker) 407.
— Gangrän des (Clarkson) 522.
Peritonitis blennorrhoica (Pini) 218.
Periurethrale Eiterungen, Bakteriologische Untersuchungen (Cottet) 95.
Periurethritis blennorrhoica (Werler) 91.
Phagedänische Ecthyma (Moskalew) 569.
Phenylhydrazinprobe z. Nachweis von Zucker im Harn (Kowarski) 638; (Neumann) 639.
Phimosis, Paraphimosis (Gille) 95.
Phlebektasien am Mons pubis und am linken Beine bei einem männlichen jugendlichen Individuum (Knotz) 47.
— bei jungen Männern, Ätiologie und Kasuistik 48.
Phlebitis blennorrhoica (Batut) 219.
— nodularis necroticans (Philippson) 446.
— syphilitica secundaria praecox (Thilbierge) 89.
Phlegmone, Septische 261.
— Ausgedehnte gangränöse und gasbildende P. im Verlaufe eines Typhus (Pinatelle) 466.
Phosphaturie und Phosphatsteine (Klemperer) 161.
— als Sekretionsneurose der Niere (Gonzalez) 246.
Photographie in der ärztlichen Praxis (Schürmayer) 611.
Phthiriatische Melanodermie (Chatin) 208.
Pigmentanomalie der Haut, Eine eigentümliche progressive (Schamberg) 301; (Savill) 476.
Pigmentation der Beine 477.
Pili moniliformes (Walsh) 297.
Pilokarpin, Wirkung auf die glatten Hautmuskeln und die Schweiſsabsonderung (Jacquet) 83.
Pityriasis rubra chronica gravis, Typhus Hebra (Jourdanet) 33.
— — Hebra (Tschlenoff) 132; (Sellei) 565.
— — pilaris 211.

Pityriasis rubra pilaris (Metscherski) 132; (Hügel) 458.
— versicolor, Oleum terebinthinae rectificatum bei (Leven) 197.
— — Ein vereinzelt dasthehender Fall (Gottheil) 93.
Pocken s. Variola.
Pockenkenntnis, Alter der P. in Indien und China (Orth) 313.
Porrigo decalvans 232.
Postsyphilitische Demenz (Krause) 419.
Präcisions - Saccharometer (Lohnstein) (Meyer) 638.
Präputium, Gonokokkenfollikulitis des (Hallopeau) 242.
Praxis eines alten Arztes (Leudesdorf) 223.
Priapismus chronicus nocturnus (Raïchline) 570.
Primeldermatitis (Wolters) 272.
Primelgift, Hautentzündung durch (Piza) 272.
Primula sinensis, Augenerkrankung durch P. s. (Peters) 272.
Proliferation bei infektiösen Hautkrankheiten (Hallopeau) 82.
Prophylaxe, Geschichte derselben (Goldschmidt) 36.
Prostata, Ablation der hypertrophierten P. auf dem medianen transanorectalen Wege (Jaboulay) 631.
— Akute traumatische Entzündung der P., auf Blase und Samenbläschen fortgesetzt (Thompson) 153.
— Kleinheit der P. und Harnstörungen (Englisch) 626.
— Bottinische Discision der (Koenig) 246, 402.
— Carcinom der (Loumeau) 682.
— Behandlung der hypertrophierten P. durch Vasektomie (Jacksohn) 157.
— Maligner Tumor der (Adenot) 156.
— Wert und Indikationen der Massage der 156.
Prostatadrüse, Zusammensetzung der (von Hofmann) 401.
Prostatahypertrophie und Atonie der Blase, Vasektomie bei (Harrison) 138.
— (Freyer) 628.
— Residualharn in Fällen von(Miller) 628.
— Behandlung in den Vereinigten Staaten (Guiteras) 629.
— Bottinische Operation der (Freudenberg) 157, 530.
— Partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler (Kudinzero) 631
— Dauererfolge der operativen Behandlungsmethoden (Legueu) 629.
— Dauerresultate der operativen Behandlung der (Legueu) 300.
— Behandlung eines elektro-kaustischen Incisors bei Vorhandensein eines Mittellappens (Joung) 299.
Prostatahypertrophie, Kastration bei (Lanz) 157.
— Resektion von Stückchen aus den Vasa deferentia bei P. und das Resultat dieser Operation (Kudiozeff) 158.
— Sectio alta vesicae bei Greisen mit (Tomas) 156.
Prostataincisor (Schlagintweit) 401.
— von Bierhoff und Freudenberg (Freudenberg) 630.
— Ein cystoskopischer P. für die Bottinische Operation (Freudenberg und Bierhoff) 133.
Prostataleiden, Krankenpflege bei (Kornfeld) 154, 625.
Prostatasekret, Reaktion des P. bei chronischer Prostatitis und ihr Einfluſs auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen (Lohnstein) 627.
Prostatatuberkulose, Primäre P. nach traumatischem Prostataabscefs (Möller) 403.
Prostataverletzungen, Kasuistik der (Oberländer) 155.
Prostatitis blennorrhoica (Rothschild) 219; (Thümen) 219.
— Schübe akuter P. im Verlaufe der senilen Prostatahypertrophie (Guépin) 627.
Prostatektomie, Ausführung der (Freyer) 631.
Prostatiker, Die kongenitalen Vesico-Umbilicalfisteln bei den (Fléchet) 628.
Prostituierten in Paris, Einflüsse der Anstellungen auf den Gesundheitszustand der (Butte) 452.
Prostituiertenkontrolle, Verbesserung der sanitären (Neisser) 252.
Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien (Tommasoli) 138.
— und Syphilis (Prager) 609.
— und Staat (Schmölder) 610.
— und venerische Krankheiten, Hygiene (Blaschko) 215.
Protargol bei der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre (Grosglik) 114; (Neisser) 220.
Pruritus cutaneus und seine Beziehung zur Tuberkulose (Behrmann) 525.
— senilis, Behandlung (Jaenicke) 482.
Pseudoalopecia areata (Darier) 248.
Pseudoneurom des Vagus und Neurofibromatosis universalis (Moynihan) 473.
Pseudohermaphroditimus (Brown) 535.
— masculinus externus (Keiler) 535.
Pseudo-Xanthoma elasticum (Bodin) 33.
Psoriasis und Syphilis (Eddowes) 200.
— cornea s. hystrix (Selenew) 404.
— mit Geistesstörung, Thyreoidbehandlung, Heilung (Alexander) 458.
— und Osteo-Arthritis (Eddowes) 458.
— punctata (Pernet) 297.

Psoriasis, Septische Erscheinungen bei der (Baruchello) 294.
— Schilddrüsentherapie der (Melle) 243.
— vulgaris (Krasnoff) 525.
— — Therapie (Pospelow) 344.
Psoriasiselemente, Schübe von bullösen rupiaartigen Plaques in der Umgebung von (Hallopeau) 238.
Psychopathien, Blennorrhoische (Cascella) 218.
Psychophorkatheter (Schlagintweit) 401.
Purpura (Waight) 268.
— haemorrhagica (Nehrkorn) 268.
— — mit Calciumchlorid behandelt (Davidson) 406.
— nervösen Ursprungs (Du Castel) 238.
— rheumatica (Bliss) 269; (Edel) 269.
— — und Angina (Bruch) 269.
Pyämische Processe 261.

Quaddelartige Syphilide (Klotz) 531.
Quecksilber im Harn (Jolles) 639.
— Verdunstung und deren Bedeutung bei der Einreibungskur (Kreis) 84. 277.
— Lepra behandelt mit (Glück) 451.
Quecksilberbehandlung, Albuminurie und Cylindrurie bei Syphilis und 640.
Quecksilberpräparate, Lungenembolien durch Injektion unlöslicher (Möller) 444.
Quecksilbersäckchen, Behandlung mit (Welander) 31.
Quecksilbersalbe, Syphilis behandelt mit intramuskulären Injektionen einer (Fosberg) 422.

Radiotherapie (Schiff und Freund) 88.
„Rash préroséolique" der Syphilis (Audry und Laurent) 573.
Raynaudsche Krankheit (Du Castel) 238; (Fournier und Sabaréanu) 239; (Lippmann) 269.
Referat und Kritik (König) 588.
Reichsimpfgesetz, Bestimmungen zur Ausführung des (Risel) 315.
Reinfektion bei Syphilis (Haslund) 83; (Schulze) 89.
Resektion des Nebenhodens und Anastomose des Vas deferens mit dem Corpus Highmori (Scaduto) 570.
Resorption lupöser Produkte unter Pockeneinfluſs (Bernhardt) 202.
Rheumatismus blennorrhoicus (Lesser) 200.
Rhinosklerom beim Menschen und die Schnüfelkrankheit beim Schweine (Dor) 454.
Rhinoskleromgewebe, Plasmazellen im R.; insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Prozessen (Marschalkó) 204.
Riesenzellen (Buxton) 301.
— und Epitheliom (Audry) 217.
Röntgenausstellung 1901, 378.
Röntgenaufnahmen (Iljisch) 132.
Röntgenbehandlung, Der gegenwärtige Stand (Schiff und Freund) 257.
Röntgenstrahlen, Einfluſs auf die Haut und therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten (Jutassy) 257; (Scholtz) 257.
— Hautverbrennung durch (Deutschländer) 272.
— Lokale Störungen nach Anwendung der (Fournier und Barthélemy) 347.
— zur Behandlung von Hautkrankheiten und zur Enthaarung (Pusey) 409.
— Lupuskranke behandelt mit (Grouven) 327.
— Ulcus rodens behandelt mit (Sequeira) 291.
— Kankroid geheilt durch (Stenbeck) 471.
Rosacea, Elektrotherapie der (Weiſs) 470.
Roseola tardiva syphilitica (Rille) 296.
— typhosa (Fraenkel) 270.
Röteln s. Rubeolen.
Rubella (Röteln), Verwechslung zweier verschiedener Krankheiten unter dem Namen R. (Dukes) 274. 275; (Craik) 275.
Rückenmarksschwindsucht (Moczutkowski) 39.
Rückenmarkssyphilis, Klinische Formen und pathologische Anatomie der (Williamson) 419.
Rupia malarica (Sensini und Vignolo-Lutati) 606.
Ruptur der Blase, Spontane R. d. B. infolge von Harnretention und Beckenphlegmone durch Urininfiltration (Koslinsky) 101.

Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn (Spaethe) 159.
Sade, Marquis de S. und seine Zeit (Dühren) 34.
Salbenpflaster (Mollplaste) (Dietrich) 259.
Salipyrinintoxikation (Bruck) 525.
Salol bei Variola (Begg) 315.
Samenbläschen des Menschen (Fraenckel) 580.
— und Blase, Akute, traumatische Entzündung der Prostata, fortgesetzt auf (Thompson) 193.
— Entzündung der S. mit besonderer Berücksichtigung der Technik des Massierens (Thomas) 621.

Samenbläschen, Excision wegen tuberkulöser Erkrankung (Moullin) 622.
— „Fingerhüte“ zur Massage der (Eastman) 622.
Samendrüsen, Subakute und chronische Entzündung der (Morrow) 409.
Samenleiter, Veränderung des Hodens bei experimentellem Verschluſs des (Simmonds) 620.
Samenstrang, Gummöse Erkrankung des (Goldenberg) 576.
— Behandlung der Hoden-Nebenhoden-tuberkulose durch Unterbindung des (Mauclaire) 623.
Sanatorium bei der Behandlung der Hautkrankheiten (von R. D.) 484.
Sandelölholz, Ostindisches (v. Soden) 263.
Sapodermin (Meiſsner) 263.
Sapolan (Lesser) 264.
Sarcoma idiopathicum multiplex (Török) 89.
— — — haemorrhagicum (Jordan) 345.
— — und Hemiatrophia facialis, Trophische Erscheinungen der Haut bei (Montesano) 244.
— veranlaſst durch zahlreiche Fremdkörper, Scheinbares (Dubreuilh und Venot) 33.
Sarkoid, Multiples benignes S. der Haut (Boeck) 611.
Sarkomatose, Extraviscerale (Lapeyre und Labbé) 42.
Saw Palmetto bei Geschlechts- und Harnkrankheiten (Ellis) 260.
Scabies, Behandlung (Sachs) 424.
— Epikarin bei (Liebert) 424.
Scarlatina 261. 316.
— (Shepherd) 307.
— ohne Exanthem (Irvine) 310.
— und Masern (Elgart) 311.
— Ätiologie des (Class) 309.
— Blutuntersuchungen bei (van den Berg) 309.
— Einige Erscheinungen bei schwerem S., speziell in den oberen Luftwegen (Kronenberg) 310.
— Konstanter Bakterienbefund bei (Baginsky und Sommerfeld) 308.
— Ungewöhnlicher Fall (Oxley) 310.
— und Pemphigus (Vollmer) 568.
— kompliziert mit Typhus (Dubois-Havenith) 310.
Schamgefühl und Geschlechtstrieb (Ellis) 143.
Scharlach s. Scarlatina.
Scharlachspitaldienst in New York-Stadt von 1893—1899 (Somerset) 276.
Schilddrüse, Wirkung der Sch. beim Menschen und einigen Tieren (Consorti) 242.
Schreck als Todesursache bei Kindern mit leichten Verbrennungen (Ciotti) 271.
Schutzpockenimpfung s. Vaccination.
Schweiſsdrüsen, Immunität der Sch. gegen Eiterkokken (Finger) 81.
— Naevusartige Tumoren der (Delore) 45.
Seborrhoe behandelt mit Formalin (Ravogli) 407.
Seborrhoische Säuglinge, Dermitis vegetans en placards bei (Perrin) 32.
Seborrhoisches Ekzem von Unna (Perrin) 215.
Sectio alta bei Blasensteinen (Guyon) 357.
— — vesicae bei Greisen mit Prostatahypertrophie (Thomas) 156.
Seidenspinnerinnen, Ätiologie der Dermatologie der (Vallin) 273.
Seife, Gelatinartige feste (Stockhausen) 263.
Selbstkatheterismus, Vorsichtsmaſsregeln beim (Dommer) 100.
Septische Phlegmone 261.
— Prozesse 261.
Sexualtrieb und Sexualleben (Rohleder) 363.
Sexuelle Unmäſsigkeit (Dennan) 380.
Sich-versehen der Mutter, Hat das S. — v. d. M. Einfluſs auf den Foetus in utero? (Duncan) 224.
Signiermethode für Präparate (Richter) 352; (Unna) 3.
Sklerema neonatorum (Taylor) 462.
— — Opisthotonus im Anschluſs an dorsales (Browning) 214.
Sklerodaktylie, Asymmetrische S. mit Raynaudschen Erscheinungen (Weber) 360.
Skleroderma, Diffuses (Bradshaw) 482.
Sklerodermia (Wolters) 49.
— der Arme (Scholtz) 481.
— circumscripta (Zarubin) 352.
Sklerose, Excision der (Rosenthal) 88.
— des Rückenmarkes infolge von Lues, Disseminierte (Bernardelli) 140.
Skrophuloderma 504.
— (Wolters) 325.
Skrophulotuberkulose 504.
Skrotum, Plastische Operation am (Haslam) 620.
Sommersprossenmittel, Einfaches 46.
Sonnenlicht, Heilung des Ekzems im roten (Winternitz) 455.
Spermaflecke, Florencesche Reaktion auf (Dawidow) 150.
Spermatorrhoe, Behandlung mit Elektrizität (Courtade) 621.
Spermatozoen, Einfluſs der chronischen Prostatitis auf die Lebensfähigkeit der (Lohnstein) 627.
„Sphalangi-Insekt“ und seine Beziehungen zum Anthrax (Williamson) 463.
Spülvorrichtung, Afterrohr mit (Dommer) 276.
Staat und Prostitution (Schmälder) 610.

Staphylococcus quadrigeminus Czaplewski, Pathogenität desselben (Kieseritzky) 250.
Strepto-Syphilis (Raymond) 88.
Striae carneae 105.
Stomatitis gonococcica (Colombini) 218.
— Behandlung der ulcerös-membranösen S. mit Kauterisationen mit Chromsäurekrystallen (Sivedey) 465.
Striktur, Behandlung durch die lineäre Elektrolyse (Fort) 584; (Vernay) 584.
— Insufficienz der Harnblase infolge weiter (Ráskai) 585.
— Pathologie und Behandlung (Cumston) 97.
Strikturen, Dauerresultate der blutigen Intervention bei Str. der Harnröhre (Harrison) 526.
— Behandlung der kallösen, resilienten (Lohnstein) 583.
— der Urethra, Urethrotomia perinealis bei den unheilbaren (Poncet und Delore) 98.
Strikturläsionen bei Harnröhrenverengerungen (Harrison) 405.
Sykosis hyphogenes, Radiotherapie derselben (Webmeister) 329.
— lupoide 241.
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum (Bergh) 105.
Syphilide, Persistierende S. der Plantarregion (Hallopeau und Trastoun) 131.
— Quaddelartige (Klotz) 531.
Syphilidologische Beiträge (Neuhaus) 86.
Syphilis, Pathologie der (Boegehold) 563.
— Geschichte und allgemeine Pathologie (Lesser) 365.
— und der Niedergang des 17. Jahrhunderts (Tommasoli) 89.
— Blutveränderungen in der Spätperiode der (Smirjagin) 569.
— Hämatologische Untersuchungen (Becker) 369.
— Justussche Probe bei S., Anwendung in 29 Fällen (Christian) 370.
— Fiebersteigerungen bei (Basselt-Smitz) 367.
— Giftigkeit des Harnes und Durchlässigkeit der Nieren bei der (Soual) 529.
— Zusammenhang klinischer Symptome mit den durch das S. gesetzten Gewebsveränderungen (Lang und Ullmann) 366.
— Stoffwechsel bei frischer (Radaeli) 373. 140.
— Kontagium und Syphilistherapie (Lang) 371.
— Impfungen am Tiere (Hügel und Holzhäuser) 445. 464.
— — auf junge Schweine (Goljachowski) 569.
Syphilis, Strepto- (Raymond) 88.
— Virchows „Vita major" und der Merkur in der (Below) 367.
— In welchem Alter acquiriert man die (Fournier) 371.
— Kind mit acquirierter (Pernet) 200.
— und Prostitution (Prager) 609.
— und Frauenasyle (Loblowitz) 420.
— Statistik der tertiären (Lion) 84.
— Albuminurie und Cylindrurie bei 640.
— Erscheinungen der (Bruhns) 365.
— in ihren Beziehungen zum Gehörorgane (Heermann) 37.
— Othämatom (Zeisler) 531.
— Verhalten der Pupillen bei erworbener S. (Sulzer) 528.
— Störungen des Sehnervs bei der S. (Galezowski) 529.
— d'emblée ohne Initialsklerose (Jullien) 84.
— und die venerischen Krankheiten (Finger) 144.
— Frühbehandlung (Caspary) 80.
— im Initialstadium, Behandlungsmethode von (Levi) 204.
— Formen, Die atypischen (Tarnowsky) 404.
— Antagonismus zwischen der Haut und der Schleimhaut von Mund und Rachen im Verlaufe der sekundären (Renault) 405.
— und Tätowierung (Zechmeister) 225.
— maligna und S. gravis (Lochte) 485. 537. 589.
— — geheilt mit Zittmannschem Dekokt (Mac Gowan) 577.
— — praecox (Christian) 369.
— Schwerer Fall (Blagowolin) 132.
— Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiode der (Lochte und Thost) 84.
— des Kehlkopfes (Glück u. Kobler) 82.
— Funktionelle Störungen des Kehlkopfes bei der tertiären L. dieses Organes. (Masini) 139.
— des Zentralnervensystems (Bermann) 418.
— des Gehirns (Estridge) 416; (Taylor) 417.
— des Rückenmarks (Williamson) 419.
— Disseminirte Sklerose des Rückenmarks infolge von (Bernardelli) 140.
— Beziehungen zur Tabes dorsalis und zur Paralysis progressiva (Bermann) 420.
— einiger innerer Organe (Gerhardt) 306.
— Erkrankungen des Herzens bei S. und Blennorrhoe (Rosenthal) 412.
— des Darms (Fournier) 411.
— mit gummöser Affektion des Magens und Darms sowie der Lungen bei einem 51jährigen Manne (Scheib) 411.

Syphilis der Leber (Marcuse) 411.
— der Nieren (Karvonen) 135.
— des Uterus (Rille) 414.
— der Vagina (Rille) 414.
— Gummös-syphilitische Erscheinungen (Ustinoff) 132.
— Tertiär phagedänisches Geschwür des Penis bei (Fournier) 240.
— ulcerosa, örtliche Behandlung (Müller) 423.
— und Komplikationen (Bulkley) 530.
— und Gonorrhoe vor Gericht (Rudeck) 247.
— und Blennorrhoe, Hydrotherapie bei (Munter) 259.
— — (Schaper) 364.
— und Empfängnis (Fournier) 348.
— und Hautkrankheiten, Unterscheidung zwischen beiden (Lassar) 356.
— Rash préroséolique der (Audry und Laurent) 573.
— Leukoplakia lingualis bei konzeptioneller (Gaucher und Barbe) 523.
— und ihre Beziehungen zu gleichzeitig vorhandenen Infektionskrankheiten (Neisser) 266.
— Durch interkurrente Variola verschlimmerte (Du Castel) 238.
— und Tuberkulose (Bernheim) 139.
— und Neurasthenie (Kiernan) 416.
— und Psoriasis (Eddowes) 200.
— und Yaws (Collingwood) 467.
— Einfluſs der antisyphilitischen Behandlung auf das Epitheliom (Du Castel) 129.
— Beschneidung als Verhütungsmaſsregel gegen (Freeland) 582.
— — Prophylaxe, Zungenspatel und (Baudouin) 421.
— Behandlung (Müller) 86; (Plummer) 420; (Bruhns) 421; (Hutchinson) 422.
— — mit Merkuriol (Hall) 422.
— — Bemerkungen zu Jordans Aufsatz über (Aman) 206.
— — mit intramuskulären Injektionen einer Merkurialsalbe (Fossberg) 422.
— Primäre und sekundäre S. und Anwendung des Quecksilbers (Lieberthal) 488.
— Zahnärztliche Hülfe bei der Behandlung der (Bruneau) 421.
— Jodbehandlung (Lilienthal) 423; (Meissner) 428.
— mit Jodalbacid in der (Geyer) 82.
— in Kurorten (Morgenstern) 568.
— behandelt mit den Thermalquellen von Ilidze (Matzenauer) 256.
— Behandlung mit spezifischem Serum (Moore) 566.
— die Autoserotherapie der (Levi) 242.
— Indikationen zur Erneuerung der antisyphilitischen Behandlung (Halpern) 562.
Syphilis hereditaria (Blagowolin) 524; (Rodier) 572.
— — in der zweiten Generation (Fournier) 374.
— — der Enkelin (Pospelow) 443.
— — der Grofstochter (Pospelow) 370.
— — der Kinder, Quinquaudsche Kur (Kalomeldauerpflaster) bei (Gillet) 423.
— — tarda (Kellner) 375.
— — Späte Symptome (Pernet) 298.
— — und plötzlicher Tod (Gastou) 239.
— — und erworbene S. bei demselben Individuum (Petrini) 87.
— — Die Schädeldecke eines an S. h. erkrankt gewesenen Patienten (Kellner) 375.
— — Mifsbildungen des Herzens bei (Moncorvo) 374.
— — Läsionen der Kieferknochen und der Zähne bei der (Motty) 348.
— — der Nase (Hochsinger) 83.
— — Phalangitis der Säuglinge bei (Hochsinger) 612.
— — mit pseudolupösen Formen (Du Castel) 346.
— — des Rückenmarks (Caziot) 136.
— — und Tabes dorsalis (Hallopeau und Lemierre) 347.
Syphilitiker, Alopecia areata vortäuschende Kahlheit bei einem (Renault) 523.
— Verhältnisse von Chlorure und Harnstoff im Harn der (Soual) 530.
— Diplococcus albus im Blute (Paulsen) 567.
— Plötzlicher Tod von hereditären S. im Kindesalter (Fournier) 348.
— Die Lostorferschen Körperchen im Blute (Neudörfer) 370.
— Veränderungen der Schilddrüse bei (Poltawzew) 569.
— Sarkom der Chorioidea bei einem (Post) 416.
— Pflege und Lebensweise (Ledermann) 372.
Syphilitische Anämie (Kennedy) 406.
— Cirrhose (Menétrier) 411.
— Cystitis (Chrzelitzer) 245.
— Erfahrungen am Nervus opticus und an der Retina (Vaughan) 415.
— Erscheinungen in dem Uvealtrakt (Vaughan) 414.
— Leukoderma (Rille) 377.
— Meningitis mit temporaler Hemianopsie und vorübergehender totaler Amaurose (Knotz) 418.
— Milztumor (Chamaides) 80.
— Nephritis (Stepler) 410.
— Neugeborene, die Epiphysentrennung oder die Parrotsche Krankheit der (Labbé) 375.
— Osteomyelitis (Sakrepa) 524.
— Pancreatitis (Chrzelitzer) 80.
— Pemphigus (Renault) 128.

Syphilitische Phlebitis (Thibierge) 89.
— Roseola tardiva (Rille) 296.
— Spätformen, Hypodermatische Jodtherapie gegen (Nobel) 86.
— und tuberkulose Prozesse, Differentialdiagnose zwischen (Baumgarten) 377.
— oder tuberkulöse Läsionen des Armes und der Brustdrüse (Du Castel) 346.
— Sulfonalsalbe, Intoxikation mit (Hallopeau) 128.
Syphiloderma nodulo-ulcerans (Serra) 245.
Syringocystom (Neumann) 28.

Tabes dorsalis mit auf hereditäre Lues zurückzuführenden Veränderungen an den Zähnen (Hallopeau und Lemierre) 347.
— — und Syphilis (Bermann) 420.
Tätowierung (Rille) 93.
— und Syphilis (Zechmeister) 225.
Talgdrüsen, Vorkommen von T. in der Mundschleimhaut (Bettmann) 221.
— Vorkommen in der Wangenschleimhaut (Lublinski) 228.
Talgdrüsencysten (Atherome), Behandlung durch interstitielle Äthereinspritzungen (Lang) 94.
Technische Mitteilungen (Schlagintweit) 401.
Terpentinölwirkung (Schulz) 271.
Testikel, Carcinom des (Clark) 624.
Therapeutisches Vademecum (Ledermann) 38.
Thermalquellen von Ilidze, Behandlung chronischer Dermatosen und Syphilisformen mit denselben (Matzenauer) 256.
Tinea versicolor (Allen) 78.
Tophi, Symmetrische (Walsh) 297.
Traubenzucker, Nachweis des T. und anderer Aldehyde (Riegler) 639.
Trichomykosis palmellina Pick (Colombini) 80.
Trichophytie des Bartes (Bodin) 208.
— des Haarbodens, Spontane Heilung nach Typhus (Reale) 243.
— bedingt durch das Trichophyton minimum (Le Calvé und Malherbes) 457.
— Oleum therebinthinae rectificatum bei (Leven) 197.
Trichophyton tonsurans und Achorion Schönleinii, Biologie desselben (Calderone) 243.
Trichophytonpilz, Ectothrixform desselben (Buech) 297.
— der grofssporige, Kulturen desselben (Pollitzer) 457.
Tripper (v. Zeissl) 165.
— Abortivbehandlung des (Plicque) 220.
Tripperfäden (Flocken?) im Urin (Bernart) 217.
Tuberkulide (Pringle) 298.
— Agminierte (Hallopeau) 347.
— Behandlung mit Kollodium (Balzer und Alquier) 239.
Tuberkulin, Wert für die Diagnose und Therapie (Mc Call Anderson) 260.
Tuberkulöses Hautgeschwür am Penis (Tschlenoff) 350.
Tuberculosis cutis verrucosa (Sakrepa) 132. 345.
— der Haut (Wolters) 324.
— in Brandwunden (Bagge) 324.
— des Urogenitalapparates, Pathologie und chirurgische Behandlung (Alexander) 533.
— des Harnsystems (Gille) 95.
— der Harnblase, Pathologie und Therapie der (Casper) 147.
— und Syphilis (Bernheim) 139.
— Übertragung durch die rituelle Circumcision (Neumann) 581.
— und Pruritus cutaneus (Behrmann) 525.
Tumoren, Histologischer und experimenteller Beitrag zur Ätiologie derselben (Carini) 41.
— Naevusartige T. der Schweifsdrüsen (Delore) 45.
Typhus abdominalis, Hautveränderungen bei (Sibirsky) 403.
— mit Scarlatina kompliziert (Dubris-Havenith) 310.
— recurrens, Hautausschläge bei (Lurji) 270.

Ulcerationen der Lederfärber (Brocq und Laubry) 347.
Ulcus cruris 215.
— — Behandlung (Brunner) 98; (Levy) 477; (Schleich) 477.
— molle und Bubo (Krulle) 464.
— — Züchtung des Erregers des weichen (Bezançon, Griffon und Le Sourd) 464.
— — Dorsale Lymphangitis des Penis bei (Danlos) 346;
— — Phagedänisches U. der Oberlippe etc. (Collirs).
— rodens, Formalin bei (Wyatt-Smith) 471.
— — Resorcin bei U. r. und Krebsoperationen (Blomfield) 472.
— — Ungewöhnliche Form von (Paul) 471.
— — behandelt mit Röntgenstrahlen (Sequeira) 298.
— varicosum, Therapie des (Delbet) 478.
Ulerythema centrifugum (Galloway) 298.
— — Cazenave (v. Poor) 565.
— — und seine Pathologie (Fordyce und Holder) 481

Ulerythema centrifugum, Histopathologie des U. c. und der elastischen Fasern (Schoonheid) 201.
— — und Carcinom (Holländer) 136.
— — der Mundschleimhaut (Dubxeuilh) 528.
— — Behandlung mit Strömen hoher Frequenz (Bisserié) 129.
— — Behandlung mit konzentrierten Lichtstrahlen (Finsen) 326.
— — Behandlung durch Elektrolyse (Frattali) 243.
— — disseminatus (Lesser) 206; (Metscherski) 525.
Unguentum argenti colloidalis Credé, Therapeutische Erfolge damit (Strohmayer) 261.
Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen (v. Notthaft) 363.
Ureter, Neoplasmen des Nierenbeckens und des (Albarran) 137.
Ureterenkatheterismus und Nierentuberkulose (Albarran) 162.
— Asepsis des (Katzenstein) 585.
— in einem Falle von Blasentuberkulose, mifsglückter (Barlow) 402.
Uretero-Heteroplastik, Experimentelle Untersuchungen (D'Urso) 137.
Urethra des Mannes, Verteilung des elastischen Gewebes in der menschlichen (Sprecher) 96.
— Beckenbruch mit totaler Abreifsung der (Francke) 97.
— Condylomata acuminata der (Sprecher) 139.
— Dilatation der Sonden dazu (Digregorio) 585.
— Doppelbildung der (Löw) 582.
— Die cirkuläre Elektrolyse und ihre klinischen Resultate bei Verengerungen der H. (Varnau) 584.
— und Blase als Unterrichtsgegenstand, Endoskopie der (Grünfeld) 82.
— Fremdkörper darin (Hawley) 583; (Wilson) 583.
— Hutnadel in der (Brown) 149.
— Partielle Gangrän der (Batut) 219.
— bei Harnverhaltungen spastischen Ursprungs, Kokaineinspritzungen in die (Romme) 99.
— Dauerresultate der blutigen Intervention bei Strikturen der (Harrison) 526.
— Ruptur (Thomas) 97; (Heintze) 97; (Francke) 97.
— b. Weibe, Keimgehalt der (Schenk und Austerlitz) 163.
Urethralblennorrhoe beim Weibe (Arneth) 245.
Urethralsekret, Krystalle im (Loeb) 85.
Urethritis arteficialis (Barlow) 402.
— Die chronisch-glanduläre U. behandelt mit Elektrolyse (Walter) 406.
Urethrotom, Ein neues (Rubin) 585.
— Modifikation des U. nach Maisonneuve (Nicolich) 358.
Urethrotomia interna, Entleerung von Harnsteinen nach einer (Lommeau) 148.
— perinealis bei den unheilbaren Strikturen der Urethra (Poncet und Delore) 98.
Urethro-Prostatitiden geheilt durch Spülungen der Pars posterior urethrae (Montfort) 358.
Urethroskop Valentinesches (Kollmann und Wossidlo) 246.
Urethroskopie nach Nitze-Oberlaender (Nicolai) 402.
Urin, Untersuchung des U. bei Pemphigus chronicus (Audry, Gérard und Dalous) 405.
Urinfilamente bei Urethritis nach Blennorrhoe mit spezieller Berücksichtigung des Kulturverfahrens, Bedeutung und bakteriologische Untersuchung derselben (Scholtz) 89.
Urinreaktion, Eine neue Erkrankung mit spezifischer (Lurveyer) 271.
Urinretention als Folge von Cystitis (Lomond-Lackie) 104.
Urogenitalapparat, Tuberkulose des U. und ihre chirurgische Behandlung (Alexander) 533.
Urogenitale Erkrankungen und Verletzungen bei Kindern (Doernberger) 535.
Urogenitalneurasthenie, Behandlung (Goldberg) 534.
Urologie und Chirurgie, Die Desinfektionsfrage in der (Loeb) 526.
Urologische Beiträge (Preindlsberger) 87.
Urotropin (Suppan) 264.
— in der Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege (Ehrmann) 103.
— und dessen Bedeutung für die Antiseptik des Urins (Cammidge) 635.
— Prophylaktische und kurative Wirkung des (Laudy) 161.
— gegen Cystitis (Goldberg) 104.
Urticaria 316.
— mit lichenoider Veränderung der Haut, Akut verlaufende (Du Castel) 128.
— infolge Formalin 576.
— papulosa (Little) 298.
— pigmentosa (Chlebnikow) 344.
Urtikariaanfall in den Tropen, angioneurotisches Ödem vortäuschend (Green) 267.
Uterusblennorrhoe, Pathologie und Therapie derselben (Schultz) 218.
Uterusfibrom, welcher einen Blasentumor vortäuschte (Loumeau) 616.
Uterussyphilis (Rille) 414.

Vaccination, Schriften über (Voigt) 315.
— Verbesserte Methode; Vaccinois (Lehmann) 442.
— etc. in Deutschland und Österreich-Ungarn (Peiper) 363.
— Die Pilger und die 316.
— in Impetigo nach (Harding) 317.
Vaccine, Zelleinschlüsse bei der mit V. ausgeführten Hornhautimpfung vorkommend (Gorini) 252.
Vaccineerkrankung des Auges (Laqueur) 317.
Vaccineinfektion an den Lippen (Jungmann) 317.
Vaccinematerial, Mikroorganismen des (Buist) 318.
Vaccinepusteln, Der von Nakanishi aus V. gezüchtete neue Bacillus (Fischer) 319; (Nakanishi) 319.
Vaccinois (Lehmann) 442.
Vaches 477.
Vaginalsyphilis (Rille) 414.
Valentinesches Urethroskop (Kollmann und Wossidlo) 246.
Varicella maligna (Friedmann) 312.
Varicellen, Entwickelung der (Merklen) 312.
— Sekundäre Exantheme bei (Cert) 313.
Varicen (Thorbern) 478.
— Behandlung der V. an den unteren Extremitäten 478.
Varicocele, Einfluſs auf die Geschlechtsfunktionen (Williams) 153.
Variköse Geschwüre, Behandlung (Duplay) 49.
Variola (Mayer) 442.
— in der New Orleans (Kohnke) 442.
— Erfolgreiche Behandlung (Lehmann) 442.
— Behandlung der (Courtois) 314.
— Solol bei (Begg) 315.
— und Masern bei Kindern (Dupaquier) 443.
— Leukocytose bei (Weil) 314.
— und Phthisis (Sterling) 314.
— durch intercurrente V. verschlimmerte Syphilis (Du Castel) 238.
Vas deferens, Resektion des Nebenhodens und Anastomose des V. d. mit dem Corpus Highmori (Scaduto) 570.
Vasa deferentia, Partielle Resektion bei seniler Prostatahypertrophie (Kudinzero) 631.
Vasektomie mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase (Harrison) 158.
— oder Verödung der Vasa deferentia mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase (Harrison) 158.
Vegetationen an den Zitzen einer Kuh; multiple Ansteckung bei mehreren Hausbewohnern (Aubert) 473.
Venerische Bubonen, Häufigkeit ihres Vorkommens (Jordan) 207.
Venerische Krankheiten 452.
— — (Fürbringer und Genossen) 35.
— — und Prostitution (Blaschko) 215.
— — Syphilis und die (Finger) 144.
— und Hautkrankheiten (Drasche) 92.
Verbrennungen, Schreck als Todesursache bei Kindern mit leichten (Cioffi) 271.
Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsysteme (Zuckerkandl) 634.
73. Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Hamburg 587.
Vesico-Umbilicalfisteln bei den Prostatikern, Die kongenitalen (Fléchet) 628.
Vesiculitis seminalis, Beziehungen zur Impotenz (Guiteras) 152.
Vestibulum superius 105.
Virulenz des Gonococcus (Pizzini) 140.
Viscin (Riehl) 264.
Volksbäder, Deutsche Gesellschaft für V. 52, 255.
Vorhauttuberkulose infolge ritueller Circumcision (Elsenberg) 203.
Vorsteherdrüse s. Prostata.
Vulva, Primäre Diphtherie der (Leick) 165.
Vulvitis (Rille) 163.
Vulvovaginitis diphtherica, Behandlung mit Heilserum, Heilung (Silberstein) 165.

Warzen der Lippen (Abraham) 200.
— Sollen die W. behandelt werden? (Fournier) 43.
— Heilung von multiplen W. durch Revaccination (Staple) 474.
Wasserbett (Rille) 52.
Weiſswerden der Haare nach Schreck 490.
Widerstandsfähigkeit des Körpers, Verminderung der W. d. K. gegenüber Infektionen durch Erkrankungen der Haut und der Harnwege (Notthafft) 86.

Xanthoma tuberculosum der Gesäſsgegend (Dubois-Havenith) 475.
Xeroderma pigmentosum (Matzenauer) 85; (Lesser) 200; (Herxheimer und Hildebrand) 481.
— — Irisveränderungen bei (Elschnig) 81.

Yaws 466.
— und Syphilis (Collingwood) 467.
— Die blastomycetische Dermatitis und ihre Beziehung zu (Dwyer) 302.
Yemengeschwür (Ullmann) 90.
Yohimbin (Spiegel), ein neues Aphrodisiacum 265.

Zahnläsionen und Alopecia areata (Jacquet) 348, 480.
Zahn- und Mundpflege (Roese) 91.
Zehe, Geschwüre der grofsen Z. mit Vortäuschung eines eingewachsenen Nagels (Delbet) 460.
Zelleinschlüsse bei der mit Vaccine ausgeführten Hornhautimpfung vorkommend und deren Beziehungen zu Zellinklusionen (Gorini) 252.
Zellgranula, Die vitale Färbung, eine Darstellungsmethode der (Michaelis) 249.
Zoster, Pathologische Anatomie (Kopytowski) 29.
— im Verlauf einer Hydrargyrose (Audry und Laurent) 573.
Zoster beim Kinde (Provins) 233.
— Recidive bei (Dubreuilh) 249.
Zosterartiges, bilaterales Papillom der Unterextremitäten (De Amicis) 70.
Zucker im Harne der fettleibigen Menschen (Wolfner) 638.
Zuckerproben 638, 639.
Züchtung gesunder Menschen (Heddaeus) 379.
Zunge, Epitheliom der (Danlos) 346.
Zungenspatel und Rachentupfer (Brüggemann) 133.
— und Syphilisprophylaxe (Baudouin) 421.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abraham, P. S., Ein Vortrag über die Behandlung einiger der häufigeren Hautkrankheiten 256.
— Warzen der Lippen 200.
— Lepra 199.
— Fall von Monilethrix 199.
— 60.
Abrahams 506. 508.
Achard 162.
Ackeren 111.
Addison 46. 396. 476. 576.
Adenot, Maligner Tumor der Prostata 156.
Adrian 569.
Ahlfeld 167.
Ahman, G., Einige Bemerkungen zu Jordans Aufsatz über Syphilisbehandlung mit Merkuriol 206.
— 422.
Aichel, Otto, Zur Kenntnis der Nebennieren 52.
Ajello, Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum 304.
— 606.
Albarran, Primäre Neoplasmen des Nierenbeckens und des Ureters 137.
— Nierentuberkulose und Uretherenkatheterismus 162.
— 162.
— und Guyon, Die Haematurie der Schwangerschaft 159.
Albers-Schönberg 378.
Albins 105.
Alessandri, B., Die Hernie der Blase mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese, klinische und experimentelle Untersuchungen 357.
— Die Hernie der Blase, mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese 529.
— Die Blasenhernie mit speziellen Bemerkungen über ihre Pathogenese 571.
— Die Blasenhernie mit spezieller Beziehung auf ihre Pathogenese 615.
Alexander, M., Psoriasis mit Geistesstörung; Thyreoidbehandlung; Heilung 458.
Alexander, S., Zur Pathologie und chirurgischen Behandlung der Tuberkulose des Urogenitalapparates 533.
Alibert 66.
Allain 443.
Allen, Ch. W., Neue klinische Beobachtungen über Tinea versicolor 78.
— Acne rosacea 408.
Allen, T. W. J. 168.
Allgeyer, V., Über Veränderungen im menschlichen Muskel nach Kalomelinjektionen 349.
— Über die im menschlichen Muskelgewebe durch die Kalomelinjektionen erzeugten Veränderungen 606.
Aloespeyre 567.
Alpár, A., Referate 48. 49. 51. 95. 104. 263. 419. 430. 455. 536. 582. 626. 635. 639. 640.
Alquier und Balzer, Behandlung der weitverbreiteten Tuberkulide mit Kollodium 239.
Althaus, Julius 422.
Altmann 249.
Amat, Behandlung der Enuresis nocturna 99.
Ambrosich 228.
De Amicis, Papilloma neurotico-zosteriforme bilaterale der Unterextremitäten 79.
— 64. 65. 74. 488.
Amyx, R. F., Antinosin bei Hauttransplantationen 261.
Anderson, T. Mc., Über den Wert des Tuberkulins für die Diagnose und Therapie 260.
— 46.
Apáthy 205.
Araujo 256.
Ardin und Brousse, Ein Fall von Vereinigung der verschiedenen Formen der

Hauttuberkulose bei einem Individuum 208.
Aretino, P. 113.
Arneth, J., Über eine neue Behandlungsmethode der Urethralblennorrhoe beim Weibe 245.
Arnold, J., „Fettkörnchenzellen“ und „Granulalehre“ 249.
Arnstein 339.
d'Arsonval 614.
Asselbergs, Die Exstirpation des Lupus 325.
Aubert, Zahlreiche Vegetationen an den Zitzen einer Kuh; multiple Ansteckung bei mehreren Hausbewohnern 473.
— 318.
*Audry, Ch., Zur Histopathologie der parasitären Melanodermie 394.
— Riesenzellen und Epitheliom 207.
— Über einige Einzelheiten im Bau des syphilitischen Hodens 209.
— Über ein Angio-Epithelioma der Haut 359.
— Veränderungen an den Nägeln im Verlauf eines Ekzema seborrhoicum 573.
— 431. 453.
— und Dalous, Über eine ererbte und angeborene Atrophie der Haut der Hohlhand (Brachydermia palmaris) 359.
— Gérard, L. Dalous, Untersuchung der Haut, des Blutes und des Urins in einem Falle von Pemphigus chronicus verus 405.
— und Laurent, Ein Fall von „Rash préroséolique“ der Syphilis 573.
— — Herpes zoster im Verlauf einer Hydrargyrose 573.
Augagneur 362.
Aust und Stockmann, Zur Kasuistik der Radiographie der Harnblase (Haarnadel in der Harnblase) 402.
Austerlitz und Schenk, Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der Urethra beim Weibe 163.

Babes 321.
— und Sion, Die Pellagra 578.
Baader 313.
Baerensprung 438. 475.
Bagge, J., Fall von Tuberkulose in Brandwunden 324.
Baginsky 309.
— und Paul Sommerfeld, Über einen konstanten Bakterienbefund bei Scharlach 308.
Bayley 482.
Baker-Brown 112.
Balzer, Molluscum contagiosum mit voluminösen Tumoren 345.
— Behandlung des Lupus mit heifser Luft 845.
Balzer, Konfluierendes Molluscum contagiosum des Schädels 521.
— 14. 15. 33. 71. 74. 128. 131. 254. 404. 423.
— und Alquier, Behandlung der weitverbreiteten Tuberkulide mit Kollodium 239.
Bandler 606.
Barbe 427. 523.
— und Gaucher, Leukoplakia lingualis im Verlaufe einer konzeptionellen Syphilis 523.
Bardenheuer 570. 623.
Barendt, Hauterscheinungen infolge des Genusses von arsenikhaltigem Bier 575.
Barker 226.
Barkley, Über Litholapaxie mit Kasuistik 618.
Barlow, R., Ureteritis artificialis infolge von mifsglücktem Ureterenkatheterismus in einem Falle von Blasentuberkulose 402.
— 475.
Barthélemy 129. 181. 239. 240. 521. 524.
— und Fournier, Lokale Störungen nach Anwendung der Röntgenstrahlen 347.
Bartholini 163. 164.
Baruchello, Über septische Erscheinungen bei der Psoriasis 244.
De Bary-Migula, Vorlesungen über Bakterien 34.
De Barys 34.
Basset-Smitz, Fiebersteigerungen bei Syphilis 367.
Batemann 232. 349. 479.
Batut, Über zwei Fälle von blennorrhoischer Phlebitis mit partieller Gangrän der Glans, des Corpus cavernosum und der Urethra 219.
Bäumler 496. 503. 545.
Baudouin, G., Zungenspatel und Syphilisprophylaxe 421.
— 506. 508. 524.
— und Gastou, Follikulitis der Umgebung der Genitalien 521.
Baumann 321.
Baumgarten, P., Über die histologische Differentialdiagnose zwischen den tuberkulösen und syphilitischen Prozessen, speziell zwischen tuberkulöser und gummöser Orchitis 377.
— Experimentelle Studien über Pathogenese und Histologie der Hodentuberkulose 622.
— 226. 301.
Baumgarten-Tangl, Jahresbericht 247.
Bazin 79. 377. 427. 585.
Bazy, Nierentuberkulose und Ureterenkatheterismus 162.
— 163.
Bechert, W. 482.

*Beck, C., Über einen interessanten Fall von Naevus papillomatosus universalis. Behandlung mit Thyreoidin 433.
— Aseptisches Katheterisieren 100.
— Operative Behandlung der Hypospadie 536.
Becker, Ernst, Hämatologische Untersuchungen 369.
Begg, Ch., Salol bei Variola 315.
Behrend 221. 330.
Behring 165.
*Behrmann, S., Über Alopecia praematura (Alopecia seborrhoica, pityrodes s. furfuracea) 185.
— Über Pruritus cutaneus überhaupt und über die Frage: Steht ein Teil der als Pruritus cutaneus bezeichneten Krankheitsfälle in Beziehung zur Tuberkulose und gewährt diese Annahme eine Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie? 525.
Bek 151.
Below, Virchows „Vita major" und das Merkur in der Syphilis 367.
Beluze, Die Masern in den Kinderkrippen 312.
Benario 115.
Benda, C., Eine makro- und mikrochemische Reaktion der Fettgewebsnekrose 253.
Benedikt, H. 438.
Benecke, R., Ein Fall von Osteoid-Chondrosarkom der Harnblase, nebst Bemerkungen über Metaplasie 148.
Bensaude, Symmetrische Adenolipomatose mit vorherrschender Lokalisation in der Cervikalgegend 241.
Bérard 475.
Bergasse, G. 226.
Berg, G. 117.
van den Berg, Blutuntersuchungen bei Scharlach 309.
Berger 321.
*Bergh, R., Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum 106.
— 369.
Berliner, A., Über schwere Formen von Merkurialexanthemen 355.
— 355.
Berliner, Carl, Referate 32. 136. 200. 207. 212. 214. 259. 273. 297. 299. 301. 304. 310. 314. 315. 316. 319. 354. 356. 361. 374. 418. 422. 426. 427. 429. 448. 455. 456. 458. 463. 467. 468. 469. 471. 472. 476. 477. 478. 482. 533. 535. 565. 568. 576. 578. 581. 583. 615. 616. 617. 618. 620. 622. 623. 624. 631. 636. 638. 640.
Berliner, M., Die Beziehung der Akne und anderer Erkrankungen der Gesichtshaut zu den Veränderungen des Naseninnern 429.
Bermann, Mark, Zwei Fälle von Syphilis des Centralnervensystems 418.
Bermann, Mark, Über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes dorsalis und zur Paralysis progressiva 420.
Bernadelli, Über einen Fall von disseminierter Sklerose des Rückenmarkes infolge von Lues 140.
Bernard und Gaucher, Das Gabungeschwür 522.
Bernart, W., Tripperfäden (Flocken?) im Urin 217.
Bernhardt, R., Resorption lupöser Produkte unter Pockeneinfluſs 202.
— 89.
Bernheim, Tuberkulose und Syphilis 139.
— 514.
Bernstein, M., Wie schützt man sich vor geschlechtlichen Erkrankungen? 251.
Besnier, E., Prädisposition und Diathese beim Ekzem 79.
— 23. 55. 61. 74. 129. 131. 185. 210. 522. 523.
Bettmann, Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut 221.
— Lichen ruber pemphigoides 354.
— Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria 561.
— 400.
Bezançon, V. Griffon und L. Le Sourd, Untersuchungen über die Kultur des Ducreyschen Bacillus 356. 464.
Bianchini, Histologische Untersuchungen über zwei Fälle von Morbus Addisonii 46.
Bie, W., Die Phototherapie von Finsen 607.
Bier 458. 459.
Bierhoff, F., Cystitis papillomatosa 103.
— Oedema bullosum vesicae 586.
— Neue intravesikale cystoskopische Instrumente 577.
— Die sogenannte „reizbare Blase" beim Weibe 614.
Bignone 381.
Billroth 48. 341.
Binswanger 144.
Binz 575.
Bishop 185.
Bisserié, Behandlung des Lupus erythematosus mit Strömen hoher Frequenz 129.
— 129.
Bizard, Referate 127.
Bizzozzero 175.
Blackkader 353.
Blagowolin, Schwerer Fall von Syphilis 132.
— Hereditäre Syphilis 524.
Blanck, Über die Harnverhaltung, insbesondere ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Krankheiten der Harnorgane 158.
— Über die persönliche Prophylaxe und

abortive Behandlung der Blennorrhoe 221.
Blaschko, A., Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten 215.
— 234. 328. 406. 421. 438.
Blech, Moderne chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden 49.
Bliss, A., Ein Fall von Purpura rheumatica 269.
Bloch, Iwan, Referate 44. 45. 157. 161. 207. 221. 253. 257. 267. 271. 309. 324. 423. 535. 586. 614.
Blokusewski 221.
Blomfield, Resorcin bei Ulcus rodens und Krebsoperationen 472.
Blumer, G., und Lartigeau, Drei Fälle von ascendierender Infektion des Harnsystems durch den Bacillus pyocyaneus und den Proteus vulgaris 583.
Blumer, W., Intraperitoneale Ruptur der Blase 615.
Bock 475.
Bockhart 424. 425. 431. 604.
Bodin, C., Ein Fall von Pseudo-Xanthoma elasticum 33.
Bodin, E., Über die Trichophytiasis des Bartes 208.
Boeck, Caesar, Weitere Beobachtungen über das multiple benigne Sarkoid der Haut 611.
— 306.
Boegehold, Beiträge zur Pathologie der Lues 563.
Boehmer 175. 176.
Börners Medizinalkalender für 1901 410.
Boisson, Über das Altwerden der Glycerinimpfpulpe 318.
— Über die Wirksamkeit der veralteten, mit Glycerin zubereiteten Impfpulpe 318.
Bolen, Über die Beseitigung der Hg- und Jodkaliumdyspepsie 380.
Bonnet 149.
Bonsfield, Ein Fall von Anthrax; Excision der Pustel; Heilung 462.
Borchhardt 469.
Bordier 100. 584.
Borthen 321.
Bosellini 362. 381. 391.
— und Majocchi, Zur Ätiologie des Boubas 242.
Bottini 133. 157. 246. 299. 300. 402. 584. 628. 629. 630.
Bouchard 383. 408. 529.
Boudet 256.
Bougle, J., Tuberkulose der linken Niere; sekundäre tuberkulöse Cystitis; Nephrektomie 529.
Bouveyron, Glossitis exfoliativa marginata 456.
Bowman 322.
Bradshaw, Ein Fall von diffusem Sklerodema 482.
— Myelopathische Albumosurie 640.
Bramwell, B. 439.
Brandis 551.
Brasch 161.
Brault 210.
Brause 459.
Breda, A., Histologischer Befund einer neuen (framboesiformen) Varietät des Erythema exsudativum 79.
— Framboesia brasiliana oder Boubas 361.
— Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane 362.
Breisky 165.
Breuer 143.
Bright 258.
Brindeau und Fournier, Seit der Geburt bestehende Alopecie der beiden Schläfenregionen 347.
Brissaud 621.
Brocq, L., Über die Bedeutung pathologischer Einflüsse für die Nummularisation des Ekzems 32.
— Methylenblau gegen Ekzem 99.
— Über polymorphe schmerzhafte Dermatitiden mit umschriebenen Eruptionen 427.
— Recidivierende Miliaria des Gesichts (Acne miliaris, Acne ekzematoes) 428.
— Der parasitäre Ursprung des Ekzems 453.
— Soll man Kranken mit Alopecia areata den Eintritt in die Schulen und in die verschiedenen Ämter gestatten? 480.
— 20. 23. 127. 128. 130. 185. 240. 241. 275. 346. 406. 431. 432.
— und Laubry, Professionelle Ulcerationen der Lederfärber 347.
Bronson 481.
Brooke, H. G. 210.
— und Leslie Roberts, Die Wirkung des Arsens auf die Haut, wie sie bei der jüngsten epidemischen Biervergiftung zur Beobachtung gelangt ist 574.
Brousse, A., Ein Fall von Lepra tuberosa; Behandlung mit Chaulmoograsöl; rasche Besserungen 448.
— und Ardin, Ein Fall von Vereinigung der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose bei einem Individuum 208.
Brown, J. Ch., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus 535.
Brown, L., Ein Fall von Hutnadel in der Harnröhre 149.
Brown-Sequard 419.
Browning, Opisthotonus im Anschluß an dorsales Sclerema neonatorum 214.
Brownlie, Ichthyol und dessen Verwendung bei einigen Hautkrankheiten 261.
Bruch, A., Purpura rheumatica und Angina 269.
Bruck, A., Ein Fall von Salipyrinintoxikation 525.
Brüggemann, Praktische Zungenspatel und Rachentupfer 133.

Bruggen, Ist es möglich, die Sterblichkeit infolge von Masern durch gesetzliche Maßnahmen zu verhindern? 311.
Bruhns, C., Die Behandlung der Syphilis 421.
— 481.
Bruhns, O., Die Erscheinungen der Syphilis 365.
Bruneau, Zahnärztliche Hülfe bei der Behandlung der Syphilis 421.
Brunner, Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 48.
Bruns 631.
Brutzer, C., Über die Sekundärinfektionen der Leprakranken 320.
Bucchel, V., Akute Orchitis 151.
Buchner 458. 459.
Buchwald 74. 90. 481.
Budugow 116. 117.
Buist, J. B., Die Mikroorganismen des Vaccinematerials 318.
Bulkley, D., Die Ätiologie des Ekzems, besonders bezüglich der neueren Ansichten über seinen parasitären Ursprung 453.
— Die Syphilis und ihre Komplikationen 530.
Bumm 217.
Bunch, Kulturen der Ektothrixform des Trichophytonpilzes 297.
— 212.
Bungner 301.
Burckhardt, G. 402.
Burdach 450.
Burton, Die beste Methode für die Entfernung von großen Steinen aus der Blase 618.
Buschke, Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Alopecie 479.
— 325.
Butte, L., Behandlung des Hautepithelioms 451.
— Einfluß der internationalen Ausstellungen auf den Gesundheitszustand der Prostituierten in Paris 452.
— Behandlung des Lupus vulgaris mit Kalium permanganicum 451.
— 522.
Buzzi 12. 67. 68. 75.
Buxton, B., Über Riesenzellen 301.

Caccia, Über die Abnahme der Leukocyten im Blute bei Masern 312.
Cadier 139.
Calderone, Experimenteller Beitrag zur Biologie des Trichophyton tonsurans und des Achorion Schönleinii 243.
— Weiteres über die Asthiomène 606.
Calvert, J., Ein Fall von Hämatoporphyrinurie 637.
Cammidge, Urotropin und dessen Bedeutung für die Antiseptik des Urins 635.
De la Camp, Periostitis bei Lepra 320.
Campana, R., Schutzprodukte einiger Drüsen und deren direkte und indirekte Wirkung auf die Haut 80.
— 362. 381. 475.
Capranica 192.
Carini, Histologischer und experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Tumoren 41.
Carrasquilla 319.
Carruccio 25.
Casal 579.
Cascella, Beitrag zu den blennorrhoischen Psychopathien 218.
Casoli, Abnorme squamöse Dermatosen 362.
Caspary, Zur Frühbehandlung der Syphilis 80.
Casper, L., Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Tuberkulose der Harnblase 147.
— Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose 616.
— 352. 627.
Casserius 105.
Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen 141.
Caswell, Anatomie und Physiologie der Nieren 409.
Castaigne 162.
Cazenave 354. 565. 566.
Caziot, Heredosyphilis des Rückenmarks; Meningo-Myelitis chronica Typus Erb 136.
Celsus 231. 282. 479.
Cenci, Die Resistenz der roten Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten und einigen Experimenten, bei denen sogenannte Schutzsekrete zur Wirkung kommen (Schilddrüse, Nebennieren, Hoden) 245.
Cerf, L., Sekundäre Exantheme bei Varicellen 313.
Chamaides, Zur Klinik des syphilitischen Milztumors 80.
Charcot 144.
Charmoy 313.
Chasserat 127.
Chatin, P., Über einen Fall von phthiriatischer Melanodermie mit Kachexie und Verfärbung der Mundschleimhaut 208.
— und Piéry, Allgemeines subcutanes Emphysem in einem Falle von akuter Miliartuberkulose 484.
Chauffard 313.
Cheinisse 226.
Chetwood 577.
Chiari, Zur Kenntnis der sogenannten Holzphlegmone 80.
— 508.

Chlebnikow, Urticaria pigmentosa 344.
Chotzen, Erythema nodosum 469.
Christian, Syphilis maligna praecox 369.
— und O. H. Foerster, Die Justussche Probe bei Syphilis; Anwendung derselben bei 29 Fällen 370.
Christmas 134.
Chrzelitzer, Ein Fall von Pancreatitis luetica 80.
— Ein Fall von Cystitis luetica 245.
Ciarrocchi, Aplasia pilorum moniliformis (Monilethrix) 244.
— Über eine im Verlaufe gewisser Dermopathien beobachtete Hauteruption von miliumartigen Aussehen 457.
— Naevus flammeus dolorosus 475.
Ciesielski, F., Klinische Untersuchungen über Euguform 525.
Cioffi, Der Schreck als Todesursache bei Kindern mit leichten Verbrennungen 271.
Cinti, Über die sogenannte essentielle Hämaturie 159.
Civiale 100.
Clados 619.
Claisse und Lenoir, Über die Diagnose und Behandlung der Aktinomykose der Haut 463.
Clark, H. J., Carcinom des Testikels 624.
Clarke, E. A., Ein Fall von Anthrax 462.
Clarkson, G., Ein Fall von Gangrän des Penis 582.
Class, W. J., Die Ätiologie des Scharlachs 309.
Clerc 582.
Cohn, Max, Fall von Elephantiasis nach chronischem, rezidivierenden Erysipel 468.
Cohnheim 12. 42. 339. 359.
Coliva 358.
Collans 409.
Collin 585.
Collingwood, Yaws und Syphilis 467.
Collins, Ein Fall von phagedänischem Ulcus der Oberlippe etc. 464.
Colombini, Beitrag zum Studium der Trichomykosis palmellina Pick 80.
— Fall von Stomatitis gonococcica 218.
— 134. 481. 561.
Colomiatti 171. 182.
Comby 313.
Consorti, Die Wirkung der Schilddrüse beim Menschen und einigen Tieren; ihre Beziehungen zur Haut 242.
Cooper Astley 623.
Copeman 318.
Corlett 427.
Da Costa 37.
Cottet, Bakteriologische Untersuchungen über die periurethralen Eiterungen 95.
Councilman 508.
Courmelles, Die Elektricität bei Hautkrankheiten 256.
Courtade, Über die Behandlung der Spermatorrhoe mit Elektricität 621.
Courtois, Über die Behandlung der Variola 314.
Cousins, J. W., Verletzungen der Blase während des Verlaufes von gynäkologischen Operationen 615.
Craik, Masern, Röteln und die „vierte Krankheit" 275.
Credé 91. 221.
Crocker, B. H., Lichen planus, seine Variationen, Beziehungen und Imitationen 209.
— Fall von Ichthyosis hystrix 298.
— Fall von Parakeratosis variegata 299.
— 212. 259. 297. 301. 577.
Cumston, Allgemeine Bemerkung zur Pathologie und Behandlung der Harnröhrenstriktur 97.
— Behandlung der chronischen Cystitis der Frau durch Ausschabung der Blase und Instillationen von Sublimat 619.
Curschmann Hope, Über Cystitis typhosa 618.
— 267.
Curtis und Lambert, Umfangreiches Adenoma sebaceum des Gesichts 474.
Czaplewski, Zur Bakteriologie der Lymphe 318.
— 250. 317.
Czepurkowsky 403.
Czerny 631.
Czyhlarz und Otto Marburg, Über cerebrale Blasenstörungen. Vorläufige Mitteilung 587.

Daffner 112.
Dalous und Audry, Über eine ererbte und angeborene Atrophie der Haut der Hohlhand (Brachydermia palmaris) 359.
— — und Gérard, Untersuchung der Haut, des Blutes und des Urins in einem Falle von Pemphigus chronicus verus 405.
Danlos, Pemphigus vegetans Neumann 127.
— Sehr rasch verlaufendes Epitheliom der Zunge 346.
— Dorsale Lymphangitis des Penis in einem Falle von weichem Schanker 346.
— 71.
Darier, Pseudoalopecia areata 240.
— 71. 130. 131. 210. 239. 241. 346. 437. 456. 521. 522.
Darwin 217.
Davidson, N., Purpura haemorrhagica mit Calciumchlorid behandelt 406.
Dawydow, Zur Frage der Florencesschen Reaktion auf Spermaflecke 150.
— 150.
Dehio 450.

Deichler 192.
Dejérine 39.
Delafield 175. 176.
Delagénière 615.
Delbanco, E., Ein amerikanischer Fall von Mycetoma pedis; eine neue Strahlenpilzart 81.
— Referate 45. 148. 163. 222. 251. 252. 254. 320.
— 222.
— und Franke, Zur pathologischen Anatomie der Augenlepra 321.
— und M. Schmid, Axillares Neurom des Plexus brachialis 45.
Delbet, M., Geschwür der grofsen Zehe mit Vortäuschung eines eingewachsenen Nagels 460.
— Ein Fall von Nierentuberkulose 357.
Delbet, P., Beitrag zum Studium der Therapie des Ulcus varicosum 478.
Delefosse, Über die Antiseptik des Auges der weichen Katheter 247.
Delforge 228.
Delore 100. 318.
— und Antonin Poncet, Die Urethrostomia perinealis bei den unheilbaren Strikturen der Urethra 96.
Delpech 353.
Demme 313. 353.
Dennan, J., Sexuelle Unmäfsigkeit 380.
Descemeti 322.
Desnos, E., Die Behandlung der tuberkulösen Cystitis 147.
— 116.
Detot und Fournier, Heredosyphilitische Mifsbildung des Ohres 239.
Deutschländer, Beitrag zu dem Kapitel der Hautverbrennung durch Röntgenstrahlen 272.
Devé und Variot, Polymorphie an den Scharlachanginen 310.
Devergie 210. 427. 458.
Devic 394.
Dieterich, C., Über Salbenpflaster (Mollplaste) 259.
— 266.
Dittel 87. 628. 630. 631.
Dobrowsky 441.
Dockrell 431.
Doctor 441.
Dodd, J. R., Eine die Blase und das Rectum durchbohrende Wunde 615.
Doederlein 164.
Doernberger, Erkrankungen und Verletzungen am Urogenitale bei Kindern 535.
Dom Lauton, Die Lepra betrachtet hinsichtlich der Kontagiosität und der Behandlung 319.
Dömery, P. 111.
Dommer, Fr., Vorsichtsmafsregeln beim Selbstkatheterismus 100.
— Afterrohr mit Spülvorrichtung 276.
Donath und Mannaberg, Über paroxysmale Hämoglobinurie 160.
Dor, Das Rhinosklerom beim Menschen und die Schnüfelkrankheit beim Schweine 464.
Doughty, Ein Fall von Erythema induratum scrophulosorum 325.
Doutrelepont 321. 324. 325.
Downes 635.
Doyon 55. 61. 185.
Drasche 92. 93.
Druelle, Referate 238. 345. 521.
Drury, Pemphigus mit Erythema iris 426.
Dubois-Havenith, Über einen mit Scarlatina komplizierten Fall von Typhus 310.
— Molluscum contagiosum des Haarbodens 349.
— Pagetsche Krankheit 349.
— Myxödem 349.
— Ein Fall von Xanthoma tuberculosum der Gesäfsgegend 475.
Dubreuilh, W., Rezidive bei Herpes zoster 274.
— Über Lupus erythematosus der Mundschleimhaut 528.
— 562.
— und Venot, Scheinbares Sarkom, veranlafst durch zahlreiche Fremdkörper 33.
Dubuc 489. 491.
Du Castel, Ulcerierende und vegetierende Hauttuberkulose nach einem Trauma 128.
— Akut verlaufende Urticaria mit lichenoider Veränderung der Haut 128.
— Einfluls der antisyphilitischen Behandlung auf das Epitheliom 129.
— Gangrän der Finger bei einem Dementen 238.
— Purpura nervösen Ursprungs 238.
— Raynaudsche Krankheit 238.
— Durch interkurrierende Variola verschlimmerte Syphilis 238.
— Syphilitische oder tuberkulöse Läsionen des Armes und der Brustdrüse 346.
— Hereditäre Lues mit pseudolupösen Formen 346.
— Milchsäure bei pruriginöser Hautentzündung 482.
— Epitheliom des Penis 521.
— 130. 314. 431. 521.
Ducrey 241. 357. 358. 464. 527. 528. 605.
Dühren, Der Marquis de Sade und seine Zeit 34.
Dufour und Rénon, Allgemeine knotenformige Dermophosphatfibromatose mit Pigmentierung der Haut 473.
Duhot, Über einen Fall von Elephantiasis des Skrotums 468.
Duhring 53. 213. 236. 354. 406. 427. 431.
Dukes, C., Über die Verwechselung zweier verschiedener Krankheiten unter dem Namen Rubella (Röteln) 274.

Dukes, C., Zur Verwechselung von zwei verschiedenen Krankheiten unter der Bezeichnung Rubella (Rubeola, Rose, Rash) 275.
— „Die vierte Krankheit“ 275.
Duke 275. 276.
Dulac 545.
Dulles 226.
Duncan, W., Hat das Sich-versehen der Mutter irgend einen Einfluſs auf den Foetus in utero? 224.
Dunkam 428.
Dupaquier, Masern und Pocken bei Kindern 443.
Duplay, Behandlung der varikösen Geschwüre 49.
Dupuytren 359.
Dwyer, J., Die blastomycetische Dermatitis und ihre Beziehung zu Yaws 302.
Dyer 443.

Eastmann, R., Dauerkatheterismus 406.
— „Fingerhüte“ zur Massage der Samenbläschen 622.
Eberth 136. 340. 618.
Eddowes, A., Psoriasis und Syphilis 200.
— Psoriasis und Osteo-Arthritis 458.
— 441.
Edel, Paul, Ein eigenartiger Fall von Purpura rheumatica 269.
— Über einen günstigen Erfolg durch Behandlung mit Nebennieren-Tabletten in einem Falle von Morbus Addisonii 476.
Edlefsen, Eine neue Harn- und Zuckerprobe 154.
Ehlers, Über das Problem der Heilbarkeit der Lepra 426.
— Die Lepra in Dalmatien 451.
— 451.
Ehrlich 145. 247.
Ehrmann, S., Zur vergleichenden Anatomie der Lichenoide und der Lichenformen 81.
— Das Urotropin in der Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege 103.
— Zur Pathologie der Initialsklerose 373.
— 78. 201. 331. 408.
Einhorn 159.
Elgart, Ein Beitrag zur Kenntnis des Scharlachs und der Masern 311.
Elliot, E., Eine neue Operation für Hämorrhoiden 477.
Elliot, G. 480.
Ellis, W. P., Der Gebrauch von „Saw Palmetto“ bei Geschlechts- und Harnkrankheiten 260.
— Geschlechtstrieb und Schamgefühl 143.
— 580.
Elschnig, Irisveränderungen bei Xeroderma pigmentosum 81.
Elsenberg, Ein Fall von Vorhauttuberkulose infolge ritueller Circumcision 203.
— 203.
Enderlen 284.
Engel-Reimers 487. 490. 498.
Engelhardt 33.
Engler 34.
Englisch, J., Über Kleinheit der Vorsteherdrüse und die sie begleitenden Harnstörungen 626.
Engmann, Bakteriologie der Impetigo contagiosa 407.
Enriquez und Lereboullet, Allgemeine Arsenmelanosen 47.
Eraud 126.
Erb 39. 40. 136. 419.
Eschner, Ein Fall von Myxoedema 50.
Esmarch 224.
Estridge, J. T., Syphilis des Gehirns 416.

De Fabii und D'Urso, Experimentelle Untersuchungen über die Uretero-Heteroplastik 137.
Fabre 273.
Fabrini 570.
Fabry, J., Über einen eigentümlichen Fall von Dermographismus 32.
Fallopio 105.
Farcas 586.
Federici, Studium über die Hydrocele 152.
Fehleisen 406.
Fehling 111. 168.
Feis, O., Über Blennorrhöe im Wochenbett 167.
Feleki 156.
Felite 578.
Fickes 250.
Fickler, H. 317.
Fiebig 159.
Feldbausch, Über das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in Tumoren 52.
Fenner 443.
Finger, Die Syphilis und die venerischen Krankheiten 144.
— Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen 579.
— Zur Immunität der Schweiſsdrüsen gegen Eiterkokken 81.
— 78. 115. 118. 140. 495.
Finncane, Filaria und deren Folgen auf den Fiji-Inseln 224.
Finsen, N. R., Die Behandlung des Lupus vulgaris mit konzentrierten Lichtstrahlen 326.
— 129. 259. 324. 607.

Fischer, Vademecum der chirurgischen Therapie für praktische Ärzte 409.
Fischer, G., Das Formalin in der Pflege der Füfse beim Infanteristen 260.
Fischer, M., Über den von Nakanishi aus Vaccinepusteln gezüchteten neuen Bacillus 319.
— 353.
Fitz 408.
Fitzgibbon 555.
Flechet, Die kongenitalen Vesico-Umbilikalfisteln bei den Prostatikern 628.
Flemming 45. 201. 394.
— und Miller, Eine Familie mit Addisonscher Krankheit 476.
Flint 408.
Florence 150.
Foerster, O. H. und Christian, Die Justussche Probe bei Syphilis; Anwendung derselben bei 29 Fällen 370.
Fokin 345.
Fordyce, J. A., Klinische und pathologische Beobachtungen über einige Frühformen von Hautepitheliom 41.
— Entwickelung eines Hautendothelioms im Narbengewebe von Lupus vulgaris; Angiosarkom der Haut 472.
— 400.
— und O. H. Holder, Einige klinische Beobachtungen über Lupus erythematosus und seine Pathologie 481.
Fort, Behandlung der Harnröhrenstriktur durch die lineäre Elektrolyse 584.
Fosberg, H., Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen einer Merkurialsalbe 422.
Fossard 112.
Foster, B., Pemphigus vulgaris und ein tötlich verlaufener Fall desselben 425.
Foulis 46.
Fouquet 112.
Fournier, A., Plötzlicher Tod von hereditären Syphilitikern im Kindesalter 348.
— Syphilis und Empfängnis 348.
— Über die Darmsyphilis 411.
— 23. 39. 61. 83. 84. 129. 130. 131. 239. 240. 241. 252. 296. 346. 348. 367. 376. 496. 500. 504. 537. 545. 577. 582.
— und Barthélemy, Lokale Störungen nach Anwendung der Röntgenstrahlen 347.
— und Brindeau, Seit der Geburt bestehende Alopecie der beiden Schläfenregionen 347.
— und Detot, Heredosyphilitische Mifsbildung des Ohres 239.
— und Sabaréanu, Raynaudsche Krankheit 239.
Fournier, E., Hutchinsonsche Stigmata auf den Milchschneidezähnen 240.
— Tertiäres phagedänisches Geschwür des Penis bei einem hereditären Syphilitiker 240.
Fournier, E., In welchem Alter acquiriert man die Syphilis? 371.
— Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis in der zweiten Generation 374.
Fournier, H., Sollen die Warzen behandelt werden? 43.
— 116.
Fox, C., Lichen planus 297.
— Zwei Fälle von Tuberkuliden 298.
— 212. 298.
Fox, T. 85. 424.
Fowler 47. 189.
Fraenkel, Die Samenblasen des Menschen 580.
Fraenkel, E., Über Roseola typhosa 270.
— 39. 316. 466.
Francke, Beckenbruch mit totaler Abreifsung der Harnröhre, Spontanheilung ohne Naht 97.
Frank 116. 221.
Franke und E. Delbanco, Zur pathologischen Anatomie der Augenlepra 321.
Frattali, Versuche einer Behandlung des oberflächlichen Lupus erythematodes durch Elektrolyse 243.
Frédéric 430. 431. 453.
Freeland, E., Die Beschneidung als Verhütungsmafsregel gegen Syphilis und andere Erkrankungen 582.
Freemann, Ekzem und die verwandten Erkrankungen, ein Grundrifs ihrer Ätiologie, Pathologie und Therapie 454.
— 212.
Fremi, Behandlung und Prophylaxis der Blennorrhoe 220.
Frerichs 408.
Freud 143.
Freudenberg, A., Demonstration zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie 157.
— Zur Statistik und Technik der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie 630.
— Resultate der Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie. Demonstration eines gemeinsamen mit Dr. Bierhoff konstruierten cystoskopischen Prostata-Incisors 630.
— Der Downesche Harnsegregator (Separate-Urine-Syphon) 635.
— 402. 629.
— und Bierhoff, Ein cystoskopischer Prostataincisor für die Bottinische Operation 133.
Freund, L. 331. 332. 333. 336.
— und Schiff, Weitere Beiträge zur Radiotherapie 88.
— — Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung 259.
Freyer, P., Über 53 Operationen von Blasensteinen 617.
— Zwei klinische Vorlesungen über Prostatahypertrophie 628.

Freyer, P., Eine neue Methode die Prostatektomie auszuführen 631.
— 628.
Friedmann, Ein Fall von Varicella maligna 312.
v. Frisch 245. 464.
Fuchs, C., Ein Fall von Lepra 569.
Fuchsig, E., Erfahrungen mit Dr. C. L. Schleichs Marmorstaubseife 262.
Fürbringer 36. 263. 518. 519. 627.
— Jadassohn, Kümmell, Lesser und Rosenstein, Die Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten 35.
Fuess 611.
Fujinami, F., Über die histologische Veränderung des Muskelgewebes bei der Lepra und eine besondere Wucherung und Hyperchromatose der Muskelkerne 320.
Fuller, E., Über eine ungewöhnliche Anomalie der Blase 212.
— 216. 622. 629.
Furet und Lubet, Die Diagnose der Entzündung des Antrum maxillare und dessen Gummen 413.
Fussel, Die verschiedenen bei der Hellerschen Eiweifsprobe mit Salpetersäure entstehenden Ringe 640.

Gairdner, W. 45.
Galen 12.
Galewsky 60. 61. 74. 437.
Galezowski, Lepra des Auges 348.
— Störungen des Sehnervs bei der Syphilis 521.
Galli 579.
Galloway, Fall von eigentümlicher Alopecie des Bartes, verbunden mit Atrophie der Haut 298.
— Lupus erythematosus 298.
— 209. 212. 406. 453.
Gardner, W. T., Morbus Addisonii und Leukoderma 46.
Gargano, Die Opotherapie bei der Addisonschen Krankheit 476.
Garnier 113.
Garrè 473.
Gassen 150.
Gassicourt 376.
Gassmann 332. 336.
Gastou, Hereditäre Syphilis und plötzlicher Tod 239.
— Harnstörungen bei den Dermatosen 524.
— 127. 131. 346.
— und Baudouin. Follikulitis der Umgebung der Genitalien 121.
Gaucher, H., Bromoformausschlag 523.
— 427. 522.
— und Barbe, Leukoplakia lingualis im Verlaufe einer konzeptionellen Syphilis 523.
Gaucher, H. und Bernard, Das Gabungeschwür 522.
Gay 207.
Geber 201.
v. Gebhardt, F., Die Nitropropiol-tabletten, eine neue Zuckerprobe 638.
Gegenbauer 105.
Gerald, Audry, Dalous, Untersuchung der Haut, des Blutes und des Urins in einem Falle von Pemphigus chronicus verus 405.
Gerdeck 260.
Gerhardt, Syphilis einiger innerer Organe 376.
Gerlach 450.
Geschwend 31.
Geyer, Das Jodalbacid und seine Verwendbarkeit in der Syphilistherapie 82.
Gibert 376.
van Gieson 8. 16. 177. 322.
Gilchrist, Eine bakteriologische und mikroskopische Untersuchung von 300 pustulösen und vesikulösen Hautläsionen nebst Besprechung der Ätiologie der Acne vulgaris 427.
— 302. 406.
Gille, J. M., Tuberkulose des Harnsystems 95.
Gillet, H., Die Quinquaudsche Kur (Kalomeldauerpflaster) bei der Syphilis des Kindes 423.
Gintrac 313.
Giovannini 479.
Glover 576.
Glueck, L., Über die Bedeutung des Guberwassers in der Therapie der Hautkrankheiten 255.
— Über die Anwendung des Guberwassers in der Behandlung der Lepra 448.
— Acht Fälle tuberöser Lepra 451.
— 256.
— und Kobler, Zur Kenntnis der Kehlkopfsyphilis 82.
Görl, L., Zur Diagnose der Harnerkrankungen 632.
Götz, Referate 47. 52. 92. 93. 95. 96. 99. 138. 143. 145. 148. 156. 159. 161. 219. 247. 260. 261. 262. 264. 265. 268. 271. 273. 274. 305. 307. 310. 312 316 320. 358. 375. 411. 423. 424. 456. 458. 464. 465. 466. 469. 470. 471. 473. 476. 480. 481. 483. 484. 529. 572. 580. 584. 619. 621. 630. 635. 638. 640.
Goldberg, B., Urotropin bei der Behandlung der Cystitis 104.
— Die Grundsätze der Behandlung der Urogenitalneurasthenie 534.
Goldenberg, H., Kritische Durchsicht der Litteratur über die gummöse Erkrankung des Samenstranges 576.
— 115.

Goldmann 20.
Goldscheider 341.
Goldschmidt, Zur Geschichte der Prophylaxe 36.
Goljachowsky, Über die Syphilisüberimpfung auf junge Schweine 569.
Goll 450.
Gonzales, Auszug aus einer Arbeit über die Immunität der Tiere gegenüber der Blennorrhoe 606.
Gorini, C., Über die bei der mit Vaccine ausgeführten Hornhautimpfung vorkommenden Zelleinschlüsse und über deren Beziehungen zu Zellinklusionen der bösartigen Geschwülste 252.
Gosselin 219.
Gottheil, W., Ein vereinzelt dastehender Fall von Pityriasis versicolor 93.
— Akute eiternde Balgentzündung (Folliculitis) der Kopfhaut mit totalem Verlust und totaler Regenerierung des Haares 429.
Gowers 7.
De Graaf, R. 105.
Gradwohl 309.
Gram 30. 80. 96. 308. 351. 428.
Grassberger u. Schattenfroh, Über Buttersäurebacillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone 466.
Green, S., Ein Urticariaanfall in den Tropen, angioneurotisches Ödem vortäuschend 267.
Di Gregorio, Über eine neue Serie von Sonden zur Dilatation der Harnröhre 585.
Greig, Drei Fälle von Keloid 45.
Griffini 570.
Griffon, L. Le Sourd und Bezançon, Untersuchungen über die Kultur des Ducreyschen Bacillus 356. 464.
Grosglik, A., Erfahrungen über die Wirkung des Protargols bei der Gonorrhoe der vorderen Harnröhre 114.
— 104.
Grouven, C., Die Behandlung der Blennorrhoe mit 20%igem Argonin 82.
— Zwei mit Röntgenstrahlen behandelte Lupuskranke 327.
— Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis 354. 447. 564.
Grube 408.
Gruber 307.
Grübler 177.
Grünfeld, Die Endoskopie der Harnröhre und Blase als Unterrichtsgegenstand 82.
— 185.
Guarnieri 252.
Gucorguiewsky 48.
Guépin, Über die Schübe akuter Prostatitis im Verlaufe der senilen Prostatahypertrophie 627.
Guiteras, R., Ursachen, Diagnose und Behandlung der Cystitis 102.
— Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie in den Vereinigten Staaten 629.
— Die Beziehungen der Vesiculitis seminalis zur Impotenz 152.
— 157.
Gunsett, Impetigo herpetiformis beim Manne 562.
Gutch, J., Ein Fall von Hämaturie infolge von Bilharzia haematobia 636.
Guth, Hugo, Über Haemangioendothelioma tuberosum multiplex 613.
Guttentag 20. 801.
Guy 38.
Guyon, F., Der Dauerkatheter bei der Behandlung der Harninfektion und der Prostata- sowie Harnröhrenblutungen 100.
— Die Hände des Chirurgen 137.
— Bemerkungen über die Indikationen der Sectio alta bei der Behandlung der Blasensteine 357.
— 100. 103. 156. 157. 585. 619. 633.
— und Albarran, Die Haematurie der Schwangerschaft 159.

Haan 228.
Hacker, Operierte Hypospadie 296.
Haeubler, Über einen Fall von Masern, kombiniert mit Pemphigus acutus 312.
Hagen, Die sexuelle Osphresiologie 409.
Hahn, F., Referate 42. 43. 45. 49. 50. 52. 91. 93. 97. 99. 104. 133. 159. 160. 162. 165. 218. 219. 246. 250. 253. 264. 268. 270. 272. 273. 276. 312. 318. 323. 324. 325. 327. 369. 375. 403. 419. 424. 429. 430. 457. 468. 535. 579. 588. 617. 627.
Hahn (Hamburg) 378.
Hakl, A. 576.
Halket, G. 224.
Hall, W., Merkuriol bei Syphilis 422.
Haller 105.
Hallopeau, Beitrag zum Studium verschiedener Arten lokaler Proliferation bei infektiösen Hautkrankheiten 82.
— Pathogenese der Chlorakne 127.
— Intoxikation mit Sulfonalsalbe 128.
— Schübe von bullösen, rupiaartigen Plaques in der Umgebung von Psoriasiselementen 238.
— Multiple blennorrhoische Arthropathien 241.
— Gonokokkenfollikulitis des Präputiums 242.
— Agminierte Tuberkulide 347.

Hallopeau, Einfluſs eines auf das Gesicht beschränkten Erysipels auf lupöse Ulcerationen des Gesichts und der Gliedmaſsen 522.
— Verschiedene Hauterscheinungen der Lepra 522.
— Behandlung des Lupus mit Kalium permanganicum 522.
— 32. 62. 63. 74. 127. 129. 131. 202. 210. 238. 362. 412. 427. 432. 521. 522.
— und Lemierre, Akuter Lichen planus mit Blasen und kleienartiger Abschuppung 345.
— — Tabes dorsalis mit auf hereditäre Lues zurückzuführenden Veränderungen an den Zähnen 347.
— und Trastour, Persistierende Syphilide der Plantarregion 131.
Halpern, J., Zur Frage über den reflektorischen Einfluſs der chronischen Reizung des Harnblasenhalses auf die Nieren 82.
— Über einige Indikationen zur Erneuerung der antisyphilitischen Behandlung 562.
Hamburger, H. J., Untersuchungen des Harns mittelst kombinierter Anwendung von Gefrierpunkt und Blutkörperchenmethode 158.
Hansen, A. 450.
Harding, Impetigo nach Schutzpockenimpfung 317.
Hardouin, Untersuchungen über die Schwankungen der Harnstoffausscheidungen bei der Dermatitis polymorpha dolorosa 137.
Hardy 377. 427.
de la Harpe, Beiträge zur Kasuistik und Technik der Bottinischen Operation 403.
Harrington, Über Gangrän infolge von Anwendung verdünnter Karbollösungen 273.
Harrison, A. W., Antistreptokokkenserum bei Erysipel 467.
Harrison, R., Beispiele von Vasektomie oder Verödung der Vasa deferentia mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase 158.
— Bemerkungen über Vasektomie mit Bezug auf Prostatahypertrophie und Atonie der Blase 158.
— Die Endresultate der Strikturläsionen bei Harnröhrenverengerungen 405.
— Bericht über die Dauerresultate der blutigen Intervention („Interventions sanglantes“) bei Strikturen der Harnröhre 526.
— Bemerkungen über die wahrscheinliche Art der Entstehung von Blasensteinen mit Bezug auf deren Rezidivierung und Verhütung 617.
— 629. 630.
Hartwich 285.
Haslam, Plastische Operation am Skrotum 620.
Haslund, Über Reinfektion bei Syphilis 83.
— 488. 489. 490. 491. 492. 495. 545. 554. 555.
Hassal 170. 177. 181.
Hawley, A., Fremdkörper in der Urethra des Mannes 583.
— 149.
Head 234. 438.
Hebra, F. 33. 66. 132. 209. 210. 427. 431. 482. 563. 607.
Heddaeus, E., Über Züchtung gesunder Menschen 379.
Heermann, Die Syphilis in ihren Beziehungen zum Gehörorgane 37.
Heidenhain 527.
Heil, Ein weiterer Beitrag zur Entstehung des Hautemphysems nach Laparatomien 484.
Heine 353.
Heintze, Fall von totaler Harnröhrenzerreiſsung geheilt durch primäre Naht 97.
Hektoen 303. 304.
Helbing 470.
Helferich 631.
Heller, J., Über idiopathische Hautatrophie 83.
— 46. 481. 640.
Helm, M., Der jetzige Standpunkt des Lichtheilverfahrens und Beitrag zur Wirkung elektrischer Lichtbäder 258.
Henle 105. 527.
Henoch 375.
Herbstmann, Über Behandlung der Enuresis nocturna mit Massage 614.
Herscher 70.
Hervieux, Über die Ursachen der Abschwächung der Kuhpockenlymphe in den heiſsen Ländern und wie man derselben vorbeugen kann 317.
Herxheimer 170. 174. 175. 176. 179. 390.
— und R. Hildebrand, Über Xeroderma pigmentosum 481.
Herzfeld, Über die operative Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe 83.
— 362.
Heubner 89. 135. 309.
*Heuss, E., Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn) 153.
*— Replik zu vorstehender Erwiderung Dr. Nielsens 291.
— Lymphosarkom oder Mykosis fungoides? 463.
— Beitrag zur Kasuistik und Diagnostik der Akanthosis nigricans 474.
— 285. 286. 288. 289. 290. 432.
Hildebrand, R. und Herxheimer, Über Xeroderma pigmentosum 481.

Hill, B. 582.
Hinton 38.
Hintzen 135.
Hirsch, A. 541.
His 19. 223.
Hochsinger, Die hereditäre Nasensyphilis der Neugeborenen und Säuglinge 83.
— Zur Kenntnis der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge 612.
— 367.
*Hodara, Histologische Studie über die Wirkung des Chrysarobins in drei Fällen von psoriasisähnlichem seborrhoischem Ekzem 381.
*— Über die Verwendung des Ichthyol Ammonium purum in der dermatologischen Praxis 604.
— 480.
Hölder 283.
Hörning 457.
v. Hofmann, K., Über die Zusammensetzung der Prostatadrüse 401.
Holder 481.
— und Fordyce, Einige klinische Beobachtungen über Lupus erythematosus und seine Pathologie 481.
Holländer, E., Zur Behandlung des Blutschwammes und verwandter angeborener Gefäfsläsionen 44.
— Lupus erythematodes und Carcinom 136.
— Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms (Heredität sverhältnisse und Hautveränderungen) 253.
— 327.
Holt 526.
Holwell 318. 319.
Holzhäuser und Hügel, Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere 445.
Holzhausen 569.
Honcamp 223.
Hooker, J. St. 224.
Hopf, E., Referate 35. 36. 40. 43. 44. 47. 94. 99. 101. 147. 151. 153. 163. 167. 168. 220. 222. 223. 249. 250. 252. 260. 261. 262. 274. 306. 308. 313. 314. 323. 325. 326. 364. 367. 368. 369. 376. 409. 411. 414. 421. 427. 429. 453. 455. 460. 464. 473. 478. 480. 481. 482. 483. 585. 579. 609. 618. 621. 624. 625. 628. 636.
Hopkins, John 408.
Horcicka 334.
Horovitz, Über Cavernitis und Lymphangitis penis 582.
Hottinger, Bemerkungen zum Katheterismus bei einigen Formen prostatischer Harnverhaltung und Katheter sterilisation 156.
Houchad 79.
Howard 369. 371.
Howship 302. 350.
Hoyer 389.
Huber, Alfr. 83. 433. 481.
Hudelo 523.
Hügel, G., Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris 458.
— Ein Fall von Lichen obtusus 470.
— 569.
— und Holzhäuser, Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Tiere 445.
Hueter 152.
Hunsche, Das Vorkommen des Demodex folliculorum am Augenlide und seine Beziehungen zu Liderkrankungen 483.
Hunter 467. 557.
Hutchinson, J., Die heutige Behandlung der Syphilis 422.
— Eine Diskussion über Yaws 466.
— 240. 298. 301. 370. 444. 467. 555. 565. 572. 582.
Hutin 226.
Hutinel 318.
Hyde 81.
— und Montgomery, Handbuch der Hautkrankheiten 607.
— und H. T. Ricketts, Zwei Fälle von Blastomykosis der menschlichen Haut 303.
Hyrtl 187. 190.

Jaboulay, Ablation der hypertrophierten Prostata auf dem medianen transanorektalen Wege 631.
Jackson, T. V., Ein Beitrag zur Behandlung der hypertrophierten Prostata durch Vasektomie 157.
— Chondro-Carcinom des rechten Hodens; Kastration 620.
— 418.
Jacob 293.
Jacobson, N, Über Harnröhrenrupturen mit kasuistischen Beiträgen 583.
Jacoulay 624.
Jaques 309.
Jacquet, Wirkung des Pilokarpins auf die glatten Hautmuskeln und die Schweifsabsonderung 83.
— Alopecia areata und Zahnläsionen. Urologie der Alopecia areata 348. 480.
— 127. 432. 523.
— und Portes, Störungen im chemischen Verhalten des Blutes und des Harns bei der Alopecia areata 524.
Jacquinet 506. 508.
Jadassohn, Mastdarmblennorrhoe infolge von Incision eines blennorrhoischen Pseudoabscesses 83.
— Über den parasitären Ursprung des Ekzems 430.
— 1. 4. 5. 6. 10. 11. 12. 13. 36. 53. 56. 57. 60. 62. 65. 66. 67. 68. 74. 75. 87. 126. 134. 201. 202. 252. 285. 287. 288. 289. 291. 292. 293. 431. 446. 453. 565.

Jaenicke, A., Zur Behandlung des Pruritus 482.
Jamieson, A., Die allgemeine Hautpflege, vom prophylaktischen Standpunkte aus betrachtet 254.
— 210.
Jamin 358.
Janet 28. 39. 221.
Janovsky 23.
Jarjavay 106.
Jeanselme 321.
Jenner 363.
Jenssen, Zur Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten 478.
Jesionek, Ein Fall von Jododerma tuberculosum 84.
— 87.
Jessner, Die innere Behandlung von Hautleiden 608.
— Referate 36. 101. 133. 145. 154. 159. 163. 224. 245. 247. 248. 250. 252. 255. 256. 257. 264. 267. 274. 296. 300. 310. 311. 317. 319. 372. 373. 374. 377. 378. 411. 412. 418. 420. 423. 425. 432. 455. 459. 460. 461. 463. 465. 470. 472. 526. 527. 581. 583. 585. 587. 623. 627. 631. 633. 634. 637.
Iljisch, Röntgenaufnahmen 132.
Imbert, C., Über zwei Fälle von Mischgeschwulst der Niere (Fibromyom und embryonäres Adenosarkom) 529.
Inzani 337. 338. 339. 340. 341. 342.
Johnston, J. C., Ein Fall von multiplem Angiosarkom der Haut 577.
Jolles, A., Über das Auftreten eines eigentümlich veränderten Blutfarbstoffes im Harne bei paroxysmaler Hämoglobinurie 637.
— Über eine schnelle und quantitative Bestimmung des Quecksilbers im Harn 639.
— und Ferdinand Winkler, Über die Beziehungen des Harneisens zum Bluteisen 636.
Jolly 313.
Jones, H. L., Antistreptokokkenserum bei Erysipel 467.
Jordan, A., Über die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen 207.
— Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 345.
— Referate 132. 147. 158. 270. 344. 370. 481. 524.
— 206. 480.
Joseph, M., Über Naevuscarcinome 84.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 609.
— Die Grenzgebiete zwischen Haut- und Geschlechtskrankheiten 379.
— 187. 191. 192. 197. 251. 560.
Josias, Albert 226.
Joslin 408.
Joung, H. W., Über eine neue Methode der Behandlung der Prostatahypertrophie mittels eines elektrokaustischen Incisors bei Vorhandensein eines Mittellappens 299.
Jourdanet, Ein Fall von Pityriasis rubra chronica gravis, Typus Hebra 33.
Irvine, Scharlachfieber ohne Exanthem 310.
Isaac, Ein Fall von elephantiastischer Verdickung des rechten Vorderarmes bei einem Syphilitischen 469.
Israel, J. 159.
Italinski, Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica acquisita 481.
Juillard 624.
Jullien, Kurze Bemerkung über zwei Fälle von Syphilis d'emblée ohne Initialsklerose 84.
— 240. 488. 496. 501.
Jung, Ph., Beitrag zur Kraurosis vulvae 165.
Jungmann, A., Vaccineinfektion an den Lippen 317.
Justus 370.
Jutassy, J., Über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen 257.
Ivannovics 205.

Kaltenbach 167.
Kalischer, S., Hirnhautangiom 43.
Kaposi, Über den parasitären Ursprung des Ekzems 430.
— Was ist Ekzem? 454.
— 36. 53. 74. 75. 165. 185. 210. 248. 354. 355. 370. 399. 400. 424. 431. 453. 480. 504. 562. 577. 611. 613.
Karg 341.
Karvonen, Über Nierensyphilis 175.
Katzenstein, M., Experimentelle Untersuchungen über Kathetersterilisation, nebst Bemerkungen zur Asepsis des Uretherkatheterismus 585.
Kaufmann 406.
Kehrer, A., Ein eigenartiger Fall von Azoospermie 621.
Keifer, Zur Anatomie und Physiologie des Gefäfs- und Nervensystems der Blase 586.
Keiler, A., Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus 535.
Kelemen 439.
Keller, Fr., Die Luftbäder 253.
Kellner, Schädeldecke eines Idioten, der an Lues hereditaria tarda gelitten hatte 375.
Kennan, R., Ein tötlicher Fall von kongenitalem Blasenausschlag 427.
Kennedy, W. M., Syphilitische Anämie 406.

Keyes 577.
Kidd, Ein Fall von Anthrax 462.
— und Renan, Die behauptete Existenz einer vierten Krankheit 275.
Kielhorn 313.
Kiernau, Neurasthenie und Syphilis 426.
Kieseritzky, Zur Pathogenität des Staphylococcus quadrigeminus Csaplewski 250.
Kiss, J., Über die Funktionan des Harnröhrenschliefsapparates bei Injektionen 402.
— 133.
Klar, Max, Uber Jodipin 262.
Klein 318. 466.
Kleinmann 117.
Klemperer, G., Demonstration von Phosphaturie und Phosphatsteinen 161.
— 246.
Klingmüller und W. Scholtz, Über Züchtungsversuche des Leprabacillus und über sogenanntes „Leprin“ 207.
Klotz, H., Quaddelartige Syphilide 531.
Klug, A., Der Wert des Naftalans in der Therapie 263.
Knorr 103. 614.
Knotz, Phlebektasien am Mons pubis und am linken Beine bei einem männlichen, jugendlichen Individuum 47.
— Ein Fall von syphilitischer Meningitis mit temporaler Hemianopsie und vorübergehender totaler Amaurose 418.
Koblanck und Pforte, Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand nebst Bemerkungen über Chyluscysten 163.
Kobler, G., Zur klinischen Bedeutung der Harncylinder 158.
Koch, R. 139. 172. 318. 406. 565. 566.
Köbner 32. 55.
Kölbl, Über die Behandlung des Ekzems und einiger anderer Hautkrankheiten mit Naftalan 455.
Kölliker 302. 340. 341.
Koenig, A., Beitrag zur Bottinischen Discision der Prostata 246. 402.
König, Fritz, Referat und Kritik 588.
Kohnke, Neuere Geschichte betreffs Pocken in New Orleans 442.
Kolaczek 73.
Kolischer 586.
Kollmann 402. 406.
— und Wossidlo, Modifiziertes Valentinesches Urethroskop 246.
Koplinski, L., Blasenvorfall durch die Operationsnarbe einer Cystotomia suprapubica 406.
— Die Behandlung der Hyperhidrosis axillae mit dem Thermokauter 483.
Kopp 493. 495.
Kopytowski, W., Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster 29.
— 244.
Kornfeld, F., Zur Krankenpflege bei Prostataleiden 154. 625.
Koslinsky, Einen Fall von spontaner Ruptur der Blase infolge von Harnretention und Beckenphlegmone durch Urininfiltration 101.
Kowarski, Alb., Über die Empfindlichkeit der vereinfachten Modifikationen der Phenylhydrazinprobe zum Nachweis von Zucker im Harn 638.
Kraemer, Experimentelle Beiträge zum Studium der Hodentuberkulose 623.
Krafft-Ebing 85. 363.
Kral 31.
Krassnoff, Psoriasis vulgaris 525.
Kraus, E., Über die Anwendung des Epicarins bei einigen Hautaffektionen der Kinder 262.
Krause, Zwei Fälle von postsyphilitischer Demenz 419.
— 254. 325. 326. 341.
Kreibich 406. 453.
*Kreis, E., Nachträgliches und Ergänzendes zu meiner Arbeit „Über die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungskur“ 277.
Kreis, Über die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungskur 84.
Kretz 47. 49.
Krönig 167. 168.
Krösing 15. 16.
Kronenberg, Über einige Erscheinungen bei schwerem Scharlach, speziell in den oberen Luftwegen 310.
Kromayer 8. 15. 19. 20. 53. 75. 448.
Krówczynski 540.
Kudinzero, Über die partielle Resektion der Vasa deferentia bei seniler Prostatahypertrophie und über die Resultate dieser Operation 631.
Kudiozeff, Resektion von Stückchen aus den Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie und das Resultat dieser Operation 158.
Kümmell 36.
Küster, Die konservativen Operationen bei Stauungsgeschwülsten der Niere 133.
Kutner, R., Zur Katheterisierung 586.
— 584. 586.
Kuznitzky 383.

Labbé, A., Die Behandlung der Angiome durch Elektrolyse 44.
Labbé, M., Die Epiphysentrennung syphilitischer Neugeborener (Parrotsche Krankheit) 375.
— und Lapeyre, Extraviscerale Sarkomatose 42.
Lacroix 396.
Laenneck 623.

Lagoutte 100.
Lailler 241.
Lainé 496. 504. 545.
Lambkin 422.
Lambert und Curtis, Umfangreiches Adenoma sebaceum des Gesichts 474.
Lamson, Ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie 637.
Lancereaux 495.
Landmann 316.
Landouzy 314. 508.
Lane 150.
Lang, E., Zur Cystoskopie (Endovesicale Bilder. Spülcystoskop. Desinfektion) 94.
— Einiges über Syphiliskontagium und Syphilistherapie 371.
— 111. 181. 182. 251. 283. 325. 369. 464. 497. 503. 537. 541.
— und C. Ullmann, Über den Zusammenhang klinischer Symptome mit den durch das Syphiliskontagium gesetzten Gewebsveränderungen 368.
Langer 55.
Langerhans 339.
Langhans 203. 302. 350. 377. 426.
Langlebert 531. 588.
Lanz, A., Über blennorrhoische Infektion präputialer Gänge 445.
— Der gegenwärtige Stand der Frage der Tripperbehandlung beim Manne 404.
Lanz, O., Über die Kastration bei Prostatahypertrophie 157.
Lapeyre und Marcell Labbé, Extraviscerale Sarkomatose 42.
Laqueur, Ein Fall von Vaccineerkrankung des Auges 317.
Lartigau und Blumer, Drei Fälle von ascendierender Infektion des Harnsystems durch den Bacillus pyocyaneus und den Proteus vulgaris 533.
Lassar, O., Demonstrationen über die Unterscheidung zwischen Syphilis und Hautkrankheiten 356.
— 38. 65. 185. 196. 264. 343.
Laubry u. Brocq, Professionelle Ulcerationen der Lederfärber 347.
Laurent, Epididymitis suppurativa gonococcica 572.
— und Audry, Herpes zoster im Verlauf einer Hydrargyrose 573.
— — Ein Fall von „Rash préroséolique" der Syphilis 573.
Laverau 219. 220.
Lea, A., Akute hämorrhagische Cystitis 618.
Lebert 54.
Le Calvé und H. Malherbe, Neue Beobachtungen über Herpes tonsurans bedingt durch das Trichophyton minimum 457.
Lecoeur, Die physiologische und pathologische Oxalurie 161.
Ledermann, Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für prakt. Ärzte 38.
— Über Pflege und Lebensweise syphilitisch Infizierter 372.
Legueu, F., Dauerresultate der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie 300.
— Die Dauererfolge der operativen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie 629.
Lehmann, V., Erfolgreiche Behandlung der Pocken 442.
— Verbesserte Methode der Impfung; Vaccinois 442.
Leistikow 27. 36.
Leloir 173. 537. 565.
Lemierre und Hallopeau, Tabes dorsalis mit auf hereditäre Lues zurückzuführenden Veränderungen an den Zähnen 347.
— — Akuter Lichen planus mit Blasen und kleienartiger Abschuppung 347.
Lemke 535.
Lenglet, Über den Ducreyschen Bacillus und den „humanisierten" Nährboden 527.
Lenoir und André Claisse, Über die Diagnose und Behandlung der Aktinomykose der Haut 468.
Leredde 127. 128. 129. 202. 348. 432. 453.
Leopold 167.
Lepers 537.
Lereboullet u. Enriquez, Allgemeine Arsenmelanosen 47.
Lermoyez 94.
Leser 36.
Le Sourd, Bezançon und Griffon, Die Züchtung des Erregers des weichen Schankers 464.
Lesser, Lupus erythematosus disseminatus 200.
— Lupus vulgaris 200.
— Rheumatismus blennorrhoicus 200.
— Xeroderma pigmentosum 200.
— Geschichte und allgemeine Pathologie der Syphilis 365.
— 36. 444. 488. 489. 493. 495. 496. 497. 545. 554. 560.
Lesser, F., Über Sapolan 264.
Leudesdorf, Aus der Praxis eines alten Arztes 223.
*Leven, L., Eine neue Form des Merkurialexanthems (squamöses, annuläres Merkurialexanthem) 558.
— Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen? 351.
— 351.
Levi, Leone, Über meine Methode der Behandlung des Syphiloms im Initialstadium 204.
— Die Autoserotherapie der Syphilis und

die Immunität gegenüber dem syphilitischen Virus 242.
Levy, Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 477.
— 317.
Levy-Dorn 333.
Lewin 55. 400.
Lewin, L., Untersuchungen an Kupferarbeitern 51.
— Über die Behandlung der Lepra durch das Gift der Klapperschlange 323.
Lewinberg 181.
Leyden 39. 40.
Lieberthal, D., Bemerkungen über primäre und sekundäre Syphilis und die Anwendung des Quecksilbers 408.
Liégois, Ein altes Präparat: der Liquor für die mit Krankheiten der Kopfhaut Behafteten (la liqueur des teigneux) 259.
Lies 321.
Lilienthal, Über die Jodbehandlung bei Syphilis 423.
Lion, V., Zur Statistik der tertiären Syphilis 84.
Lippmann, Zwei Fälle von Raynaudscher Krankheit 268.
Lissauer 25.
Little, Urticaria papulosa 298.
— Totale Alopecia 299.
— Lupus vaccinalis 573.
— 212.
Littré 87.
Liungren 254.
Liveing 53. 73.
Loblowitz, Frauenasyle 420.
*Lochte, Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis 485. 538. 589.
— und Thost, Die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiode der Syphilis 84.
Loeb, H., Über eigentümliche Krystalle (von Ammonium-Magnesium-Phosphat) im Urethralsekrete 85.
Loeb, M., Über Endocarditis blennorrhoica 218.
Loeb, Richard, Die Desinfektionsfrage in der Urologie und Chirurgie 526.
Löw, Leop., Über Doppelbildung der Harnröhre 582.
Loewald, A., Referate 379. 380. 424. 451. 463. 474. 610. 622.
Löwenbach, Über spitze Kondylome der Lippen- und Mundschleimhaut 85.
— 78.
Loewensohn, H., Referate 462. 479.
Löwy, L. 265.
Lohnstein, H., Behandlung der kallösen, resilienten Strikturen 583.
— Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis und ihren Einfluſs auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen 627.
Lohnstein, H. 116. 159. 638.
Lombroso 579.
Lomond-Lackie, Völlige Urinretention als Folge von Cystitis 104.
Longhurst, Ein chronisches Ekzem durch einen Abscefs geheilt 455.
Longuet, L., Über radikale Heilung der Hydrocele durch Umstülpung der Tunica vaginalis, ein neues Verfahren 624.
Looft 450.
Lossen, W., Überzähliger Hoden 150.
Lostorfer 370.
Loumeau, Entleerung einer gröfseren Menge Harnsteine nach einer Urothrotomia interna 148.
— Fall von Uterusfibrom, welcher einen Blasentumor vortäuschte 616.
— Ein grofser Harnblasenstein von Kalkoxalat 617.
— Zwei Fälle von Carcinom der Prostata 632.
Lubet und Furet, Die Diagnose der Entzündung des Antrum maxillare und dessen Gummen 413.
Lubliner, L. 202.
Lublinski, Über das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut 222.
— Diffuses chronisches Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes 267.
De Luca 141.
Lücke 197.
Luithlen, F., Über die Behandlung der nekrotisierenden Akne mit Meersalzlösung 465.
Lurji, Zur Kasuistik der Hautausschläge bei Typhus recurrens 270.
Luschka 111.
Lyder 321.

Mac Aliter 99.
Mc Carthy 150.
Mc Gill 628.
Mac Gowan, Der gegenwärtige Stand der Bottinischen Operation wegen Ischurie 157.
— Ein Fall von Syphilis maligna geheilt mit Zittmannschem Dekokt 577.
Mc Hattie, Hat das „Sich versehen" der Mutter einen Einfluſs auf den Foetus in utero? 168.
Macleod, Über den Wert allgemeiner Prinzipien beim Studium der mikroskopischen Anatomie 361.
— 212. 467.
Madelung 478.
Mahé 541.
Mahrt 457.
Majocchi, Zur Ätiologie des Boubas 362.
— 362. 606.
— und Bosellini, Zur Ätiologie des Boubas 242.

Maisonneuve 358. 527.
Malassez 219.
Maldaresen 579.
Malherbe und Le Calvé, Neue Beobachtungen über Herpes tonsurans bedingt durch das Trichophyton minimum 407.
Malpighi 394. 396.
Manasse 301.
Manasseïn, Zur allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten 85.
— 606.
Manchot 15. 494. 600.
Manicatide 578.
Mannaberg u. Donath, Über paroxysmale Hämoglobinurie 160.
Manson, P. 467.
Maragliano 207.
Marburg, Otto und Czyhlarz, Über cerebrale Blasenstörungen 587.
Marchand 52. 301.
Marcuse, J., Die Syphilis der Leber 411.
Marduel 318.
Margulies 638.
Marmy 353.
v. Marschalkó, Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe; insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Prozessen 204.
Martel, M. 99.
Martin, S. C., Die Prophylaxe der Pocken 406.
— Chloasma 407.
— Ist das Ekzem eine parasitäre Krankheit? 407.
— Lupus vom klinischen Standpunkt 407.
— Naevi vasculosi 407.
— Desinfektion und Krankheitsverhütung 409.
— 165.
Martineau 105. 537.
Martinotti 171.
Masini, Über einige funktionelle Störungen des Kehlkopfes bei der tertiären Lues dieses Organes 139.
Massé 116. 117.
Mattencci, Die histologischen Veränderungen und die semiologische Bedeutung der Hautrhagaden 254.
Matzenauer, R., Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum 85.
— Impetigo contagiosa 85.
— Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrands 352. 447. 564.
— Indikationen zur Behandlung chronischer Dermatosen und Syphilisformen mit den Thermalquellen von Ilidze 256.
— Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo contagiosa 425.
— 78.
Matzenauer, R. und Zechmeister, Cystitis colli proliferans oedematosa 245.
Mauclaire, Die Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberkulose durch Unterbindung des Samenstranges 623.
Maude, A., Ein Fall von intensivem Ausschlag bei einem Kinde mit Typhus abdominalis 270.
Maunoir 624.
Mauriac 283. 410. 488. 493. 495. 497. 503. 541.
Maury 226.
Mayde 87.
Mayer, F. J., Variola 442.
Mazza, Über den histologischen Sitz der Pemphigusblase 244.
Meibom 475. 483.
Meissner 338.
Meissner, P., Über Sapodermin 263.
— Die Anwendung des Jod in der Syphilistherapie 423.
Melle, Über die Schilddrüsentherapie der Psoriasis 243.
Mendel, Zur Therapie der Impotenz 149.
— 39. 265.
Menétrier, Syphilitische Cirrhose 411.
Menge 168.
Menière 37. 532.
Menlo, Die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht 267.
La Mensa, Die Immunität und die Chemotaxis gegenüber Lepra bei den Tieren und direkte Versuche zur Aufhebung derselben 141.
Menzies 494.
Mercier 358.
Merk, L., Über den Bau der menschlichen Hornzelle 222.
— Creeping disease 483.
Merkel 340.
Merklen, P., Über die Entwickelung der Varicellen 312.
Metschnikoff 182.
Metscherski, Pityriasis rubra pilaris 132.
— Lichen ruber planus 132.
— Über die Atrophia cutis idiopathica progressiva acquisita 480.
— Lupus erythematodes disseminatus 525.
— 132.
Meyer, A. B. 223. 321.
Meyer, Jacob, Über Lohnsteins Präzisions-Saccharometer 638.
*Mibelli, V., Über die Alopecia areata 231.
— Über die Alopecia areata 362.
— 15. 55. 56. 59. 61. 71. 72. 74. 457.
Michaelis, L., Die vitale Färbung, eine Darstellungsmethode der Zellgranula 249.
v. Michel, Zur pathologischen Anatomie des Bindehaut-Ekzems 134.
Michelson 184.
Michon 100.

Mickle 417.
Miculicz 205.
Middeldorpf 584.
Miethke 201.
Migula 34.
Miller, A. G., Klinische Bemerkungen über Residualharn in Fällen von Prostatahypertrophie 628.
— 92.
— und Flemming, Eine Familie mit Addisonscher Krankheit 476.
Milton 427.
Mindes, Manuale der neuen Arzneimittel für Ärzte, Apotheker und Drogisten 609.
Minne, Histopathologische Studie über die Impetigo circumpilaris des Kindes (Impetigo Bockhart) 424.
Mitchell, W. 574.
Mitrophanow 249.
Moberg und Unna, Versuche einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokken, nebst Bemerkungen über eine wissenschaftliche Klassifikation der Kokken im allgemeinen 358.
Moczutkowski, Rückenmarksschwindsucht 39.
Moebius 39.
Möller, M., Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenem traumatischen Prostataabscefs 403.
— Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten 444.
— 495. 565.
Moir, J., Über den Wert des Aristols 261.
Moll 363. 364.
Monari 137.
Moncorvo, Multiple kongenitale Mifsbildungen des Herzens, wahrscheinlich hereditär-syphilitischen Ursprungs 374.
Monod 615.
Monro 244.
Montesano, Die trophischen Erscheinungen der Haut in einem Falle von Hemiatrophia facialis mit Sarcoma idiopathicum 244.
— Zwei Fälle von apoplektiformer Hirnsyphilis 244.
Monteverdi 507.
Montfort, A., Urethro-Prostatitiden geheilt durch Spülungen der Pars posterior urethrae 358.
Montgomery, Eine weifse Frau, die in San Francisco an Lepra erkrankt ist 451.
— und Hyde, Handbuch der Hautkrankheiten 607.
— und H. T. Ricketts, Drei Fälle von blastomycetischer Infektion der Haut 303.
Monti 475. 606.
Moor, Eduard, Behandlung der Syphilis mit spezifischem Serum 566.
Moràche 540.
Moraglia 113.
Morax 321.
Morel-Lavallé 493. 509.
Morelle, Voluminöser Harnblasenstein 149.
— Lithotripsie und Cystotomie 149.
— 325.
Moreira 495. 537.
De Morere, Über die Anwendung des Giftes der Klapperschlange bei Lepra 323.
Morgagni 105. 106.
Morgan, Fall von Fremdkörper (Fieberthermometer) in der Blase 149.
Morgenstern, E., Über die Bedeutung und den praktischen Wert der Luesbehandlung in Kurorten 569.
Morris, M. 208. 210. 431. 565.
Morrow, J. E., Subakute und chronische Entzündung der Samendrüsen 409.
— Ursprung und Infektionsarten der Lepra 319.
— Die Prophylaxe und Kontrolle der Lepra in den Vereinigten Staaten von Nordamerika 449.
— 369.
Morten, H. H., Cystitis 101.
Morten, 408.
Moskalew, Ein Fall von phagedänischem Ecthyma (gangränöser Pseudoschanker) 569.
Moty, Läsionen der Kieferknochen und der Zähne bei der hereditären Lues 348.
— 523.
Moullin, C. M., Die Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Blasensteinen 617.
— Excision von Samenbläschen wegen tuberkulöser Erkrankung 622.
Mourson 537. 540. 541.
Moynihan, Ein Fall von Neuro-fibromatosis universalis mit Pseudo-Neurom des Vagus 473.
Mraček 39. 555.
Müller, C., Referate 41. 43. 45. 46. 97. 100. 101. 131. 141. 149. 153. 156. 157. 160. 184. 215. 218. 219. 220. 235. 242. 245. 254. 272. 304. 311. 312. 315. 317. 318. 324. 325. 342. 349. 362. 363. 371. 373. 393. 425. 452. 457. 464. 466. 469. 472. 474. 475. 476. 477. 480. 484. 524. 584. 585. 586. 605. 607. 615. 616. 624. 628. 632. 636.
Müller, G., Kritisches und Eigenes zur Behandlung der Syphilis 86.
— Beitrag zur örtlichen Behandlung der Syphlis ulcerosa 423.
Müller 323.
Müller 201. 404.
Munter, S., Die Verwertung der Hydrotherapie bei der Behandlung der Syphilis und Blennorrhoe 259.

Nagel 105.
Nakanishi, Nachtrag zu meiner Arbeit „Bacillus variabilis lymphae vaccinalis, ein neuer, konstant in Vaccinepusteln vorkommender Bacillus“ 319.
— 318. 319.
Naunyn 159. 408.
Neave-Friockheim, Ein Fall von Anthrax 462.
Nehrkorn, Beitrag zur Purpura haemorrhagica 268.
Neisser, A., Blennorrhoetherapie und Protargol 220.
— Zur Verbesserung der sanitären Prostituiertenkontrolle 252.
— Syphilis und ihre Beziehungen zu gleichzeitig vorhandenen Infektionskrankheiten 366.
— 84. 114. 115. 117. 118. 119. 120. 139. 146. 168. 218. 321. 325. 328. 399. 400. 421. 431. 453. 488. 490. 491. 493. 495. 554. 555.
Nékám, Wege der Verteidigung der Haut gegen Autointoxikation 86.
— 19.
Nélaton 130.
Neudörfer, Die Lostorferschen Körperchen im Blute Syphilitischer 370.
Neufeld 270.
Neuhaus, Syphilidologische Beiträge 86.
Neumann, A., Zur Vereinfachung der Phenylhydrazin-Zuckerprobe 639.
Neumann, I., Das Syringocystom 28.
— Zur Übertragung der Tuberkulose durch die rituelle Circumcision 581.
— 28. 83. 85. 127. 168. 201. 228. 277. 354. 365. 408. 426. 480. 495. 501. 504. 577. 638. 639.
Nicolai, Ein Beitrag zur Verbesserung der Urethroskopie nach Nitze-Oberländer 402.
Nicolich, Modifikation des Urethrotoms nach Maisonneuve 358.
Nicolle 628. 630. 631.
Nicosia, Zur Pathogenese des venerischen Bubo 605.
*Nielsen, L., Atrophodermia erythematosa maculosa mit excentrischer Verbreitung 285.
— 60. 291. 292. 399.
van Niessen 568.
Nikiforoff 445.
Nikolsky, Über eine besondere Form der Alopecia areata 479.
— 62. 63. 65. 74. 481.
Nikulin 480.
Nitze 94. 246. 402. 577.
Nivet 71.
Nobl, Zur hypodermatischen Jodtherapie luetischer Spätformen 86.
— Klinik und Histologie seltener Formen der Hauttuberkulose 612.
Nobl 495.
Noeggerath 167.
Noman, Haren, Casuistique et diagnostic photographique des Maladies de la Peau 37.
von Noorden 408.
Nothnagel 633.
v. Notthaft, Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen 363.
— Über die Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber Infektionen durch Erkrankungen der Haut und der Harnwege 86.

Oberländer, Zur Kasuistik der Prostataverletzungen 155.
— 99. 103. 246. 402.
Oberwarth 265. 375.
Odelga 458.
Oechsner 443.
Oehler, R., Der eingewachsene Nagel 271.
Ohmann-Dumesnil 58.
Oppenheimer 71.
Orchi 579.
Orlow 132.
Ormerod 211.
Orth, J., Bemerkungen über das Alter der Pockenkenntnis in Indien und China 313.
Ory 489. 495. 496. 547.
Ott 537.
Oxley, Ein ungewöhnlicher Fall von Scharlach 310.

Pacaloglu 112.
Pacini 112.
Page 309.
Paget 293. 349. 470. 471. 472.
Paltauf 371.
Pappenheim, Grundriſs der Farbenchemie zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten 145.
Paracelsus 545.
Parent-Duchatelet 113.
Parker, C. B., Epitheliom des Penis; Amputation 407.
Parrot 375.
Paschkis 185.
Passarge 16. 70.
Pasteur 567.
Paul, F. T., Ungewöhnliche Form von Ulcus rodens 471.
Paulsen, J., Diplococcus albus im Blute Syphilitischer 567.
Peiper, Die Schutzpockenimpfung und ihre Ausführungs - Bestimmungen in Deutschland und Österreich-Ungarn 363.

*Pelagatti, M., Über das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde 169.
— Über einen Fall von Cysticercus cellulosae der Haut bei einer Gravida 141.
— Ein Fall von Cysticercus cellulosae der Haut beim Menschen 244.
Pellizari, Über einen Fall von Lupus vulgaris 324.
— 53. 73. 537.
Peltre, Behandlung der Paraphimose mit Circumcision 95.
Perchaux 111.
Perève 526.
Pernet, G., Kind mit acquirierter Syphilis 200.
— Fall von Psoriasis punctata 297.
— Späte Symptome kongen. Syphilis 298.
— 46. 200.
Perrin, L., Dermitis vegetans en placards bei seborrhoischen Säuglingen 82.
— Das seborrhoische Ekzem von Unna. Was es war und was davon vom klinischen Standpunkte aus übrig bleibt 215.
— Über Leukoplasia vulvo-analis und ihre Beziehung zur Kraurosis vulvae 357.
— 23. 25. 26.
Perry-Coste 144.
Peters, Fall von Augenerkrankung durch Primula sinensis 272.
Petersen 207.
Petrini, Fall von hereditären und erworbenen Syphilissymptomen bei demselben Individuum 83.
— Drei Fälle von Dermatitis exfoliativa universalis nebst histologischen und bakteriologischen Untersuchungen 456.
— 431.
Peyer, A., Harnverhaltung 535.
— 246.
Pezzoli, C., Über Paraurethritis blennorrhoica 87.
— Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's „Naévi symmetrique de la face") 202.
Pezzolini, Über die Hauttransplantationen, Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der vom Organismus losgetrennten Hautelemente 254.
Pfeiffer 29.
Pfitzner 340.
Pforte und Koblanck, Hydronephrose mit chylusähnlichem Inhalt und eigenartiger Wand nebst Bemerkungen über Chyluscysten 163.
Philippi, Referate 37. 46. 100. 149. 150. 153. 156. 158. 161. 168. 217. 224. 256. 257. 258. 260. 261. 269. 270. 271. 273. 274. 275. 276. 309. 310. 311. 317. 319. 326. 370. 426. 428. 432. 443. 452. 454. 455. 456. 457. 458. 462. 464. 470. 472. 473. 474. 475. 582. 615. 617. 620. 628. 635. 640.
Philippowich 403.
Philippson, L., Habituelle traumatische Epidermolysis bullosa 362.
— Über Phlebitis nodularis necroticans 446.
— 56. 57. 321. 438.
Piccardi, Adenoma sebaceum und Naevus sebaceus 606.
— 31.
Pick, F. J., Über einen Fall von Melanosis lenticularis 41.
Piery und Chatin, Allgemeines subcutanes Emphysem in einem Falle von akuter Miliartuberkulose 484.
*Pighini, Zwei vergessene Arbeiten von Giovanni Inzani über die Nervenendigungen in den Epithelien 337.
Pillon 377.
Pinaeus 105.
Pinare 348.
Pinatelle, Ausgedehnte gangränöse und gasbildende Phlegmone im Verlaufe eines Typhus 466.
Pinaud 266.
Pini, Über die akute Cystitis und die Peritonitis blennorrhoica 218.
— Über die Cystitis acuta und die Peritonitis blennorrhoica 244.
Pitha 353.
Piza, Über Hautentzündung durch Primelgift (Dermatitis e Primula obconica Hauce) 272.
Pizzini, Ein Fall von eitriger Epididymitis blennorrhoica mit einigen Betrachtungen über die Virulenz des Gonococcus 140.
Plazzoni 105. 110.
Pleasant, J. H., Heredität bei Diabetes mellitus 408.
Plicque, Die Abortivbehandlung des Trippers 220.
Plonski 64. 65.
Ploss 112.
Plumert 229.
Plummer, H., Die Behandlung der Syphilis 421.
Pohl, J., Bemerkung über die Haare der Negritos auf den Philippinen 223.
Pohl-Pincus 187.
Pollitzer, J., Eine Serie von Kulturen des Mikrosporon und des grofssporigen Trichophyton 457.
— 210. 437.
Pollux 110.
Poltawzew, A., Die Veränderungen der Schilddrüse bei Syphilitikern während der zweiten Inkubationsdauer und zur Zeit der Eruption 404.
— Die Veränderungen der Schilddrüse bei Syphilitikern während der zweiten Inkubations- und der Eruptionszeit 569.
Poncat 321.
Poncet 100. 475.

Poncet und Xavier Delore, Die Urethrostotomia perinealis bei den unheilbaren Strikturen der Urethra 98.
v. Poor, Zur Ätiologie des Lupus erythematosus Cazenave 565.
Popper, M., Störungen der Harnentleerung 633.
— 494.
Porter 422.
Portes und Jacquet, Störungen im chemischen Verhalten des Blutes und des Harns bei der Alopecia areata 524.
Pertucalis 367. 506. 508.
Posner, C., Über Harnsteine 635.
— 627.
Pospelow, Zur Kasuistik der mit Arsen behandelten primären Hautsarkome 87.
— Therapie der Psoriasis vulgaris 344.
— Syphilis der Grofstochter 370.
— Syphilis der Enkelin 444.
— 61. 62. 74. 132. 344. 345. 480.
Post, H., Ein Fall von Sarkom der Chorioidea bei einem Syphilitischen 416.
Prager, Syphilis und Prostitution 609.
Prantl 34.
Preindlsberger, Urologische Beiträge 87.
Pringle, Tuberkulide oder Lichen scrophulosorum 298.
— Fall von Lichen hypertrophicus 298.
— 209. 211.
Profeta 404.
Proksch 251.
Provins, Der Herpes zoster beim Kinde 278.
Pusey, A., Röntgenstrahlen zur Behandlung von Hautkrankheiten und zur Enthaarung 409.
Pye-Smith 258.

Quentin 403.
Querwein und Kocher, Encyklopädie der gesamten Chirurgie 579.
Quidone 511.
Quincke 61.
Quinquaud 39. 241. 423. 544.

Rabl, J. 516.
Radaeli, Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der frischen Syphilis 140. 373.
Rählmann 483.
Raïchline, Priapismus chronicus nocturnus 570.
Ramonat 504.
v. Ranke, H., Zur chirurgischen Behandlung des nomatösen Brandes 465.
Ranvier 170. 340.
Rasch 556.
Ráskai, Insufficienz der Harnblase infolge weiter Harnröhrenstriktur 585.
Ravogli, A., Beziehung der Dermatitis herpetiformis zu anderen bullösen Ausschlägen 87.
— Die Ätiologie und Pathologie des Hautkrebses 532.
— Formalin in der Behandlung der Seborrhoe, der Hyperhydrosis und des Carcinoms 407.
Raymond, Die Strepto-Syphilis 88.
Raynaud, Die Haut- und Geschlechtskrankheiten in Marokko 359.
— 61. 238. 239. 360. 361.
Reale, Besonderer Apparat und entsprechende Methode zur Erhaltung einiger pathogener Hyphomyceten in Reinkultur 242.
— Beitrag zur Pathogenese und Behandlung der periurethralen Adenitiden und Abscesse im Gefolge von Blennorrhoe 243.
— Über ein Papillom in der Gegend des Nasenvestibulums 243.
— Spontane Heilung einer Trichophytie des Haarbodens nach Typhus 243.
Reblaub 71. 74.
Recamier 619.
v. Recklinghausen 43. 320. 473.
Reclus 80. 130. 219.
Redard 44.
Rees, D. C. 467.
Regoby 545.
Reitler 459.
Reizenstein 15.
Reliquet 581.
Remak 39.
Renault, A., Pemphigus syphiliticus 128.
— Über einen Antagonismus zwischen der Haut und der Schleimhaut von Mund und Rachen im Verlaufe der sekundären Syphilis 405.
— Eine alopecia areata vortäuschende Kahlheit bei einem Syphilitiker 523.
— 129. 238. 522. 545.
Renner, W., Ein Fall von Blasenstein in Sierra Leone 617.
Rennes 536.
Rénon und Henri Dufour, Allgemeine knotenförmige Dermophosphatofibromatose mit Pigmentierung der Haut 473.
Rey 541.
Ribaikin, Gangraena cutis hysterica 569.
Richardson 308.
Richter, Paul, Eine praktische Siegniermethode für Präparate 355.
— 343. 344. 588.
Ricketts und Montgomery, Blastomykosis der menschlichen Haut 303.
— und Hyde, Zwei Fälle von Blastomykosis der menschlichen Haut 303.
Ricord 146. 165. 346. 545. 557.
Riegler, E., Eine neue empfindliche

Reaktion zum Nachweise des Traubenzuckers wie auch anderer Aldehyde 639.
Riehl, Über Viscin und dessen therapeutische Verwendung 264.
— 377.
Riecke, E., Über Ichthyosis congenita 206.
*Rietema, Mitteilung über Ichthargan 27.
Rille, J., Wasserbett 52.
— Bedeutung und Ziele des dermatologischen Unterrichts 88.
— Larva migrans („Creeping disease") 93.
— Tätowierung 93.
— Phimosis, Paraphimosis 95.
— Vulvitis 163.
— Kraurosis vulvae 164.
— Über Anwendung des Epicarin in der Behandlung von Hautkrankheiten 262.
— Pemphigus 296.
— Lichen ruber planus 296.
— Cornu cutaneum 296.
— Roseola tardiva syphilitica 296.
— Über Leukoderma syphiliticum 377.
— Uterussyphilis 414.
— Vaginalsyphilis 414.
— Elephantiasis 468.
— 78. 481.
Rindfleisch 475. 508.
Ringer, S. 259.
Riolan 105.
Risel, „Die neuen Bestimmungen zur Ausführung des Reichsimpfgesetzes vom 28. Februar 1900" 315.
Risso, Das Itrol bei der akuten Blennorrhoe der Urethra 243.
Robert 226.
Roberts, A. D., Ein Fall von Pocken während der Schwangerschaft 314.
Roberts, L. 454.
— und Brooke, Die Wirkung des Arsens auf die Haut, wie sie bei der jüngsten epidemischen Biervergiftung zur Beobachtung gelangt ist 574.
Robin 128.
Robins 581.
Robinson, A. R., Diagnose und Behandlung des Ekzems 610.
— 201.
Rodier, H., Syphilis hereditaria. — Hutchinsonsche Zähne 572.
Rodin 431.
Roese, C., Anleitung zur Zahn- und Mundpflege 91.
Roger 522.
Rohleder, Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen 363.
Romberg 418.
Romer und W. Kidd, Die behauptete Existenz einer vierten Krankheit 275.
Romme, Kokaineinspritzungen in die Harnröhre bei Harnverhaltungen spastischen Ursprungs 99.
Róna, Beiträge zur Lehre der Mykosis fungoides 88.
Róna 175. 176. 181. 182. 229. 230. 354. 481.
Rosenbach 189. 352. 353.
Rosenthal, O., Über Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der Syphilis und der Blennorrhoe 412.
— Die Excision der Sklerose 88.
Rosenstein 36.
Rosin, H., Ein Fall von diffusem chronischen Hautödem 267.
Ross 506.
De Rossi, Klinische und pathogenetische Betrachtungen über einen Fall von Haematuria paroxystica 636.
Roth 152. 453.
Rothschild, A., Die Diagnose und Therapie der blennorrhoischen Prostatitis 219.
— 627.
Rouband 113.
Rubin, G., Ein neues Urethrotom 585.
Rudeck, Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht 247.
Ruffini 341.
Rufus 110.
Ruggles 115.
Runeberg 376.
Rupprecht, P., Zur Heilbarkeit des frühzeitig erkannten Harnröhrenkrebses beim Manne 99.
Russell, R. H., Die Operation bei schweren Fällen von Hypospadie 581.
— 41. 205.
Russlow, J., Behandlung der Furunkulosis mit Schwefelpräparaten 461.
Ryan, Fall von Alopecia areata 297.

Saalfeld, E., Erfahrungen aus der dermatologischen Praxis 389.
— 185. 197.
Sabaréanu und Fournier, Raynaudsche Krankheit 239.
Sabouraud, Alopecia areata 479.
— 185. 208. 231. 232. 244. 347. 406. 431. 432. 453. 457. 523. 524.
Sachs, R., Beitrag zur Behandlung der Scabies 424.
Sack, Referate 404. 570.
— 235. 565.
Sacks 20.
Sänger 167. 168.
Sagebiel, Beobachtungen über die Wirkung der Naftalanbehandlung bei ekzematösen Erkrankungen des äußeren Ohres 455.
Sakrepa, Fall von Tuberculosis cutis verrucosa 132.
— Tuberculosis cutis verrucosa 345.
— Osteomyelitis syphilitica 524.
Salterini, Die gegenwärtige Dermatotherapie und das Jodoformogen 214.

Samson 483.
Sanfelice 41. 570.
Santi 210.
Sardez 99.
Savill, Adenoma sebaceum 297.
— Molluscum fibrosum 297.
— Eine eigentüml. Pigmentanomalie 477.
Savor 163.
Saxahansky, Retrovesikale Echinococcuscyste 529.
Scatuto, Resektion des Nebenhodens und Anastomose des Vas deferens mit dem Corpus Highmori 570.
Schamberg, J. F., Hautkrankheiten als Komplikationen der sommerlichen Gastrointestinalkatarrhe der Kinder 253.
— Eine eigentümliche progressive Pigmentanomalie der Haut 301.
Scharff 153.
Schattenfroh und R. Grassberger, Über Buttersäurebazillen und ihre Beziehungen zu der Gasphlegmone 466.
Schaper, H., Zur Statistik der geschlechtlichen Infektionskrankheiten in der Charité 251.
— Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten 364.
Schech 26.
Schede 478.
Scheib, A., Syphilis mit gummöser Affektion des Magens und Darms sowie der Lungen bei einem 51jährigen Manne 411.
Schelkau, Osteomyelitis 345.
Schenck 303.
Schenk und Lothar Austerlitz, Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der Urethra beim Weibe 163.
Schenkel 332. 336.
Scheube 556.
Schieferdecker 343.
Schiff, Das Institut der Radiographie und Radiotherapie in Wien 614.
— 332. 333. 336.
— und Freund, Weitere Beiträge zur Radiotherapie 88.
— — Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung 257.
Schiffmacher, Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Mykosis fungoides 463.
Schlagintweit, Ein neuer Prostatainzisor. — Der Psychrophorkatheter. — Katheter mit Obturatoren. — Verbesserung an meinem Kathetercystoskop. — Technische Mitteilungen 401.
Schleich, Zur Behandlung des Unterschenkelgeschwürs 478.
— 262. 263. 326. 461.
Schleissner, Favus bei Neugeborenen 31.
Schlesinger, Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffektionen, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Meralgia paraesthetica 89.
Schlossmann 437.
Schmid 483.
Schmidt, M., und Delbanco, Axillares Neurom des Plexus brachialis 45.
Schmidt-Rimpler, Favus an den Augenlidern 457.
— 415.
Schmiedefeld, Zum Kapitel der sexuellen Neurasthenie 153.
Schmitt 220.
Schmitz 408.
Schmölder, Staat und Prostitution 610.
Schneemann 223.
Schnitzler, J., Verletzungen der Blasenschleimhaut durch Kontusion der Unterbauchgegend 101.
Schoebel 343. 344. 355.
Schoopheid, P. H., Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern 201.
Scholtz, W., Über die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei Urethritis nach Blennorrhoe mit spezieller Berücksichtigung des Kulturverfahrens 89.
— Über den Einfluſs der Röntgenstrahlen auf die Haut und über ihre therapeutische Verwendung bei Hautkrankheiten 257.
— Bemerkungen zu vorstehender Arbeit des Dr. Leonhard Leven: „Wann können wir die Blennorrhoe als geheilt ansehen?“ 351.
— Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems 480.
— Sklerodermie der Arme 481.
— 351.
— und V. Klingmüller, Über Züchtungsversuche des Leprabazillus und über sogenanntes „Leprin“ 207.
Scholz, Von Ärzten und Patienten 146.
Schtschokin, Ein Fall von Lepra 569.
Schueppel 171.
Schürmayer, Die Photographie bezw. Mikrophotographie in der ärztlichen Praxis 611.
Schütz, J., Überblick über die wichtigsten Punkte, welche zur Beurteilung des Krebses bezüglich seiner Ätiologie und seines Vorkommens zu beachten sind 41.
— 24.
Schulten 326.
Schultz, H., Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusblennorrhoe 218.
Schultze, O. 249.
Schulz, H., Ein Beitrag zur Kenntnis der Terpentinölwirkung 271.
— Neue Bahnen im Geschlechtsverkehre 146.
— 575.
Schulze, Bernhard, Über Reinfectio syphilitica 89.
— Referate 41. 47. 52. 93. 95. 97. 98. 164.

200. 255. 257. 258. 262. 263. 266. 267. 270. 272. 315. 319. 320. 414. 420. 426. 468. 469. 478. 479. 482. 610. 611. 630. 631. 638. 639.
Schumann, Beitrag zur Behandlung der Scabies 424.
Schuster, L., Merkureinreibungen und Merkureinatmungen 89.
— 31.
Schwabe, Hämaturie und Gelatine 159.
Schweninger 65. 67. 68. 69. 75. 477.
Schwimmer 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 67. 68. 75. 497.
Seegen 408.
Selenew, J., Über das gleichzeitige Vorkommen von mehreren Keratosen: ein Fall von Psoriasis cornea s. hystrix 404.
— Blennorrhoisches Fieber 570.
— 569.
*Sellei, Josef, Über den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer) 21.
— Die Pityriasis rubra (Hebra) 563.
Senger 505.
Senn 81.
Sensini und Vignolo-Lutati, Ein Fall von Rupia malarica 606.
Sequeira, Fälle von Ulcus rodens behandelt mit Röntgenstrahlen 298.
— 211.
Sergent, E., Die Behandlung der Talgdrüsencysten (Atherome) durch interstitielle Äthereinspritzungen 94.
Serra, Über einen Fall von Syphiloderma noduloulcerans 245.
Sessous, Über die therapeutische Verwendung des Jodipins 262.
Sheffield, H. B., Die Vulvovaginitis der Kinder 164.
Sheild, Über die parasitäre Natur des Brustkrebses 470.
Shepherd, Scharlachfieber 307.
Sherwell, S., Die Anwendung des Arsens bei krebsigen und anderen malignen Neubildungen 472.
— 424.
Shiwult, Erythema exsudativum multiforme 524.
— 345.
Sibirsky, A., Über die Hautveränderungen bei Typhus abdominalis 403.
Siebert, F., Kurze dermatotherapeutische Mitteilungen: Erfahrungen mit Ichthalbin 262.
— Versuche mit Epikarin bei Scabies 424.
Siegel, Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der akuten Exantheme 274.
Sigmund 544.
Silberstein, L., Ein Fall von Vulvovaginitis diphtherica, Behandlung mit Heilserum, Heilung 165.
Simes, J. H., Blennorrhoische Komplikationen 408.
Simmonds, M., Die Veränderungen des Hodens bei experimentellem Verschluss des Samenleiters 620.
Simon 475. 508. 509.
Simonelli, Über die angebliche Flüchtigkeit des Kalomels bei normaler Temperatur des menschlichen Körpers 606.
Simonet, M. 226.
Sinclair, Anthrax des Oberschenkels 462.
Sion und Babes, Die Pellagra 578.
Siredey, Behandlung der ulcerös-membranösen Stomatitis mit Kauterisationen mit Chromsäurekrystallen 465.
Slawyk 309.
Smirjagin, Die Blutveränderungen in der Spätperiode der Syphilis 404.
— Die Blutveränderungen in der Spätperiode der Syphilis 569.
Smith Horton 619.
Soave 606.
Sobel, J., Über Impfausschläge 316.
Soden, H. v., Über die Bestandteile des ostindischen Sandelölholzes 263.
Solger 250.
Somerset, W., Über den Scharlachspitalsdienst in New York-Stadt von 1893 bis 1899 incl. 276.
Sommerfeld, Paul, und Baginsky, Konstanter Bakterienbefund bei Scharlach 308.
Sontagh, F. 25. 26.
Soual, Über die Giftigkeit des Harnes und die Durchlässigkeit der Nieren während der Syphilis 529.
— Über die Steigerung des Verhältnisses der Chlorüre zum Harnstoff im Harn Syphilitischer 530.
Soudakewitsch 54. 170. 171. 172. 181. 182.
Southam, Papillom der Blase 616.
— Primäre Hodentuberkulose 623.
Spaethe, Über die Brauchbarkeit der neueren Saccharometer zur quantitativen Bestimmung des Traubenzuckers im Harn 159.
Spaight, Ein eigentümlicher Fall von Purpura 268.
Spiegel 265.
Spietschka 185.
Spigel 105.
Spiller, W. G., Renautsche Körperchen bei einem Falle von vesiko-bullöser Dermatitis und Gangrän 426.
Spitzer, L. 33.
Spolverini 269.
Sprecher, Über die Verteilung des elastischen Gewebes in der menschlichen Harnröhre 96.
— Ein Fall von Condylomata acuminata der Harnröhre des Mannes 139.
Spruit, J. 37.
Ssalitscheff 350.

Stahl, Gangrän der Haut im Verlauf des typhösen Fiebers 465.
Stanislanski, Über einen Fall von blennorrhoischer Urethritis und Affektion der Gelenke, symmetrischem, hornartigen Hautausschlag u. Ausfallen der Nägel 134.
Stanziale 241.
Staple, J. D., Heilung von multiplen Warzen durch Revaccination 474.
*Stark, Kasuistische Beiträge zu Hautaffektionen nach innerlichem Arsengebrauch 397.
Steavenson 100.
Steiner, R., Elephantiasis der Unterschenkel 200.
— 256.
Steinhaus, J., Angiosarcoma cutis plexiforme melanoticum 472.
Stelwagon, Die Lichtbehandlung in der Dermatotherapie 258.
— Bericht über einen Fall von Dermatitis blastomycetica 469.
Stenbeck, T., Zwei Fälle von Kankroid, geheilt durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen 471.
Stepler, A., Ein Beitrag zur Frage der Entstehung einer akuten Nephritis bei Sekundärsyphilis (Nephritis syphilitica praecoy) 410.
Sterling, S., Variola und Phthisis 314.
Stern, Referate 38. 39. 40. 42. 93. 100. 102. 103. 104. 144. 146. 152. 154. 157. 164. 216. 217. 218. 252. 255. 259. 261. 268. 269. 276. 307. 317. 320. 328. 363. 365. 366. 380. 413. 415. 416. 417. 420. 422. 426. 454. 465. 483. 533. 534. 536. 583. 585. 587. 608. 614. 620. 622. 629. 637.
Sticher 429.
Stieda 175.
Stieffel 508. 510.
Stinson, C., Akute blennorrhoische Arthritis u. s. w. des linken Schultergelenkes 217.
Stockhausen, J., Darstellung einer gelatineartigen festen Seife 263.
Stockmann und Aust, Zur Kasuistik der Radiographie der Harnblase (Haarnadel in der Harnblase) 402.
Stockton, Bericht über einen Fall von akuter aufsteigender Paralyse mit Hämatoporphyrinurie 160.
Stöhr 341.
Stokes 302.
Stopforel 212.
Stowers 200. 211.
Stransz, Über die Funktionen des Harnröhrenschleimapparates bei Injektionen 133.
Strauss, A., Referate 150. 259. 609.
— 402.
Strohmayer, W., Die therapeutischen Erfolge mit „Unguentum argenti colloidales Credé“ 261.
Strümpell 39.
Strzeminski, Jod-Jodkaliumsalbe bei Chalazion 475.
— 475.
Stumpf 100. 585.
Sudduth 144.
Sultan, Harnblasendivertikel 457.
— 457.
Sulzer, Das Verhalten der Pupillen bei erworbener Syphilis 528.
Suppan, E., Über den therapeutischen Wert des Urotropin 264.
Surveyor, Eine neue Erkrankung mit spezifischer Urinreaktion 271.
Sylvi 44.

Taenzer, Paul, Referate 91. 363. 364. 410.
— 8. 96. 303. 404.
Talleman 455.
Tanago, G., Die Phosphaturie als Sekretionsneurose der Niere 246.
Tancum-Jouddelowitz, Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung 248.
Tandler, J., 111.
Tangl und P. v. Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 247.
Tarnowsky, W., Die atypischen Syphilisformen 404.
— 39. 40. 117. 228. 248. 366. 421. 495. 497. 503. 511. 537. 554. 569.
Tavastjerna 326.
Taylor, J. W., Syphilis des Gehirns 417.
— Sclerema neonatorum 482.
— 73. 212. 480. 531. 555.
Taylor, St., Ein Fall von Dermatitis repens 456.
Teichmann 637.
Tenneson, Favus bei einer Pariserin 129.
— 348.
Ten Rhijne 305.
Tessier, M., Ein Fall von tuberkulöser Epididymitis 151.
Testut 580.
Thalmann, Züchtung der Gonokokken auf einfachen Nährböden 250.
Thibierge, Über Phlebitis syphilitica secundaria praecox 89.
— 5. 6. 8. 57. 60. 71. 74. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 439. 440. 441.
Thiersch 45. 325.
Thoma 451.

Thomas, C. P., Ruptur der Urethra des Mannes 97.
Thomas, J. D., Chronische (nicht tuberkulöse) Entzündung der Samenbläschen, mit besonderer Berücksichtigung der Technik des Massierens 621.
Thomas, W. T., Über Sectio alta vesicae bei Greisen mit Prostatahypertrophie 156.
— 227. 313.
Thompson, J. A., Lepra in Neu-Süd-Wales 319.
— 629.
Thompson, J. M., Akute traumatische Entzündung der Prostata, auf Blase und Samenbläschen fortgesetzt 153.
Thorburn, Über Varicen 478.
Thorner 505.
Thornton, B., Ein Fall von „Drüsenfieber" in Verbindung mit Erythema nodosum 469.
Thost und Lochte, Die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiode der Syphilis 84.
Thümen, Prostatitis blennorrhoica 219.
Thursfield, Prämonitorische Ausschläge bei Masern 311.
— Hautkrankheiten bei Morbus Brightii 258.
Tillaux 105.
Tipcew 117. 118. 120. 121.
Tommasoli, Die Syphilis und der Niedergang des 17. Jahrhunderts 89.
— Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Italien 138.
— 205. 242.
Tomsa 340. 341.
Török, Zwei Fälle von Sarcoma idiopathicum multiplex 89.
— 205. 453.
Touton 74. 480. 560.
Trastoun und Hallopeau, Persistirende Syphilide der Plantarregion 1.
Trendelenburg 478.
Trevithick, Ein Fall von Morbus Addisonii; Behandlung mit Nebennierenextrakt; Exitus letalis 46.
Trienhofen 535.
Triepel, H., Noch einmal das Wort „elastisch" in der Bezeichnung eines Gewebes 223.
Trousseau 100.
Truneček, Arsenik als diagnostisches Mittel in der Behandlung des Epithelialcarcinoms 42.
Tschernogubow 207.
Tschlenoff, Fall von Pityriasis rubra Hebra 132.
— Über einen Fall eines primären tuberkulösen Hautgeschwürs am Penis 350.
— 132. 345.
Türkheim, Referate 34. 137. 139. 208. 209. 357. 360. 396. 405. 529. 530. 573.
Turner, G. R., Ein Fall von überzähligem Hoden 150.
Twisselmann, Mittel gegen Haarausfall 479.

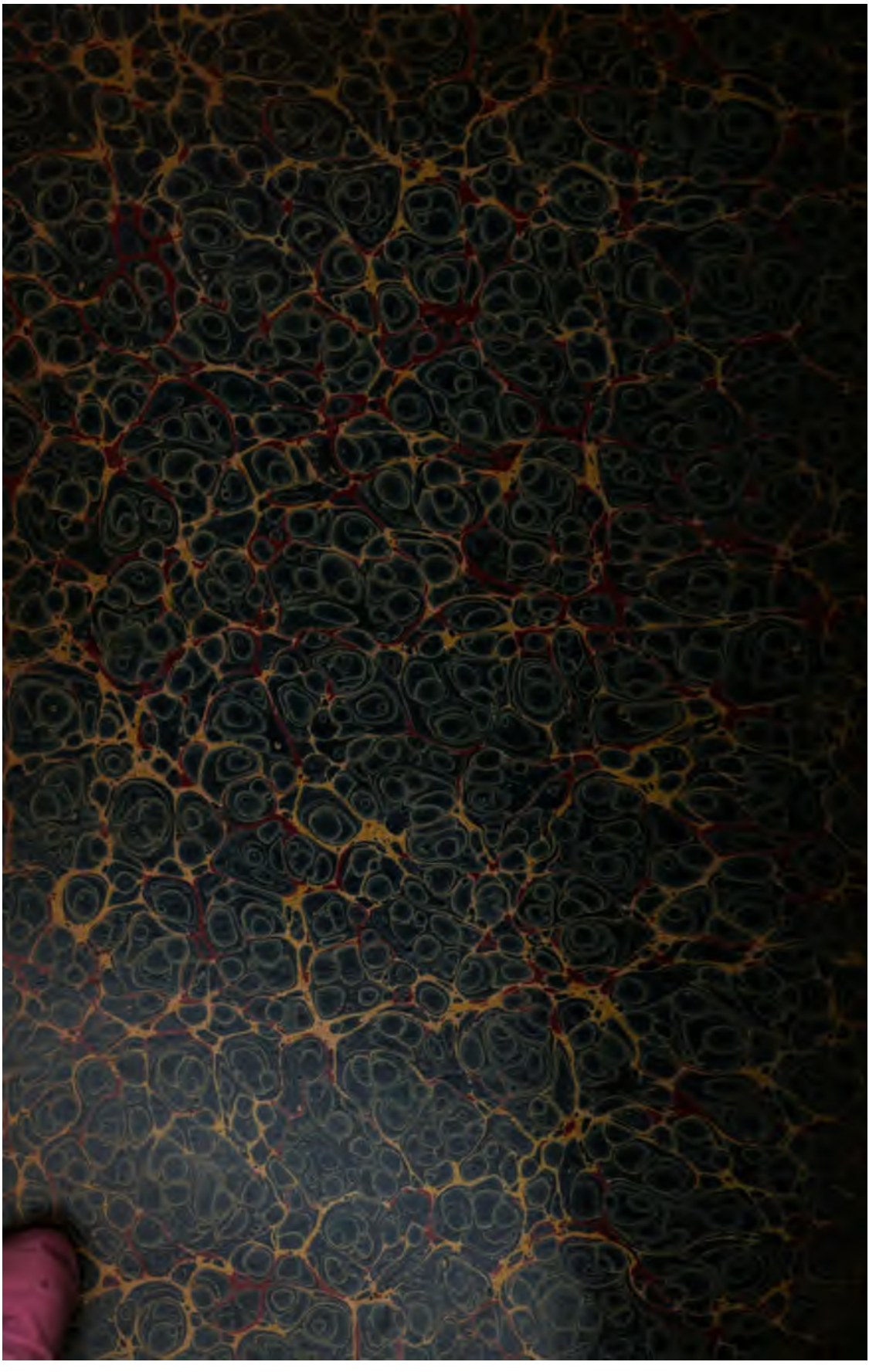
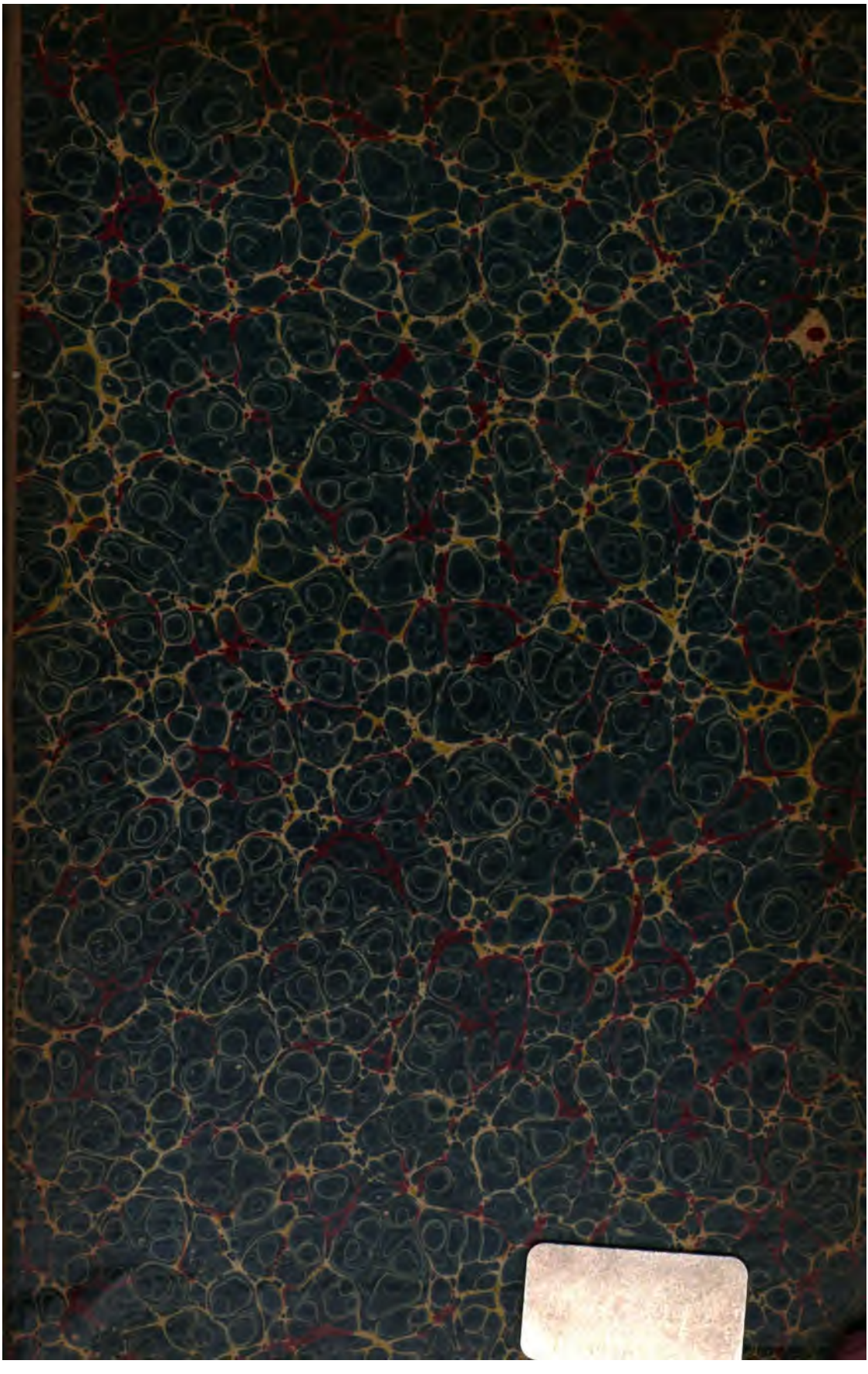
Ullmann, K., Histologischer Beitrag zum Yemengeschwür (Plaque de Yemen) nebst Bemerkungen über die Begriffsbestimmung und die geographische Verbreitung der „Orientbeulen" 90.
— Über Infektionsgefahren in den Kurorten und Schutzmafsregeln gegen dieselben 223.
— Die Behandlung von Geschwürsformen mit trockener Heifsluft 458.
— Über die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten lokalen Hyperämie auf chronische und infektiöse Geschwürsprozesse 459.
— Zur Entstehung und Behandlung furunkulöser und septischer Hautentzündungen 460.
— 256. 330. 544.
— und Lang, Über den Zusammenhang klinischer Symptome mit den durch das Syphiliskontagium gesetzten Gewebsveränderungen 368.
Ultzmann 28. 246.
*Unna, P. G., Ichthargan und Ichthoform 76.
—* „Ichthyol"-Eisen und „Ichthyol"-Calcium 235.
—* Zur Carcinombehandlung 293.
—* Glasdinte aus Gelanth 343.
—* Zur Desinfektion der Hände 517.
— Antipruriginosa 50.
— Ein Fall von idiopathischer, diffuser, progressiver Hautatrophie 90.
— Zur Diagnose und Behandlung des Pemphigus vulgaris chronicus 426.
— 8. 13. 14. 15. 29. 30. 36. 51. 54. 55. 62. 65. 72. 81. 85. 86. 96. 145. 169. 171. 172. 174. 177. 185. 203. 205. 209. 210. 211. 215. 222. 262. 277. 291. 296. 297. 299. 321. 340. 341. 352. 356. 381. 383. 385. 386. 391. 393. 394. 404. 406. 425. 427. 430. 431. 432. 439. 453. 454. 470. 474. 480. 532. 573. 605. 606.
— und Moberg, Versuche einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokken, nebst Bemerkungen über eine wissenschaftliche Klassifikation der Kokken im allgemeinen 358.
Urquhart, Hautausschlag nach Krotonöl 273.
d'Urso, Experimentelle Untersuchungen über die Uretero-Heteroplastik 137.
Ustinoff, Schwere gummös-syphilitische Erscheinungen 132.

Vallin, Ätiologie der Dermatitis der Seidenspinnerinnen 273.
Valentine, Die Desinfektion bei den Masern 311.
— 246. 402.
Vandenbossche, Hodenentzündung bei Tripper und Parotitis 219.
Vanselow 250.
Variot und Devé, Polymorphie der Scharlachanginen 310.
Vasilin 71.
Vaughan, P. T., Einige Beobachtungen über syphilitische Erscheinungen in dem Uvealtrakt = Iris, Ciliarkörper und Chorioidea 414.
— Einige Beobachtungen über syphilitische Erfahrungen am Nervus opticus und an der Retina 415.
Vautrin 624.
Veillon 406.
Venauz, Einige Pigmentationsstörungen der Haut verglichen mit experimentellen Erscheinungen der Nebennieren 242.
Venot und Dubreuilh, Scheinbares Sarkom, veranlaßt durch zahlreiche Fremdkörper 33.
Venturi 218.
Vernay, Die zirkuläre Elektrolyse und ihre klinischen Resultate bei Verengerungen der Harnröhre 584.
Verneuil 537.
Vesal 105.
Vetere, H., Beitrag zur Behandlung der Hydrocele 624.
Vicarelli 375.
Vidal 23. 94. 134. 307. 362. 412.
Vignolo-Lutati und Sensini, Ein Fall von Rupia malarica 606.
Villard 45.
Vineta, Die Hautepitheliome 472.
Virchow 367. 369. 408. 412. 469.
Vitali, Über die Thätigkeit der Milz und der Nieren bei der Hämoglobinämie und Hämoglobinurie 159.
Voigt, L., Bericht über die im Jahre 1899 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung 315.
— 438.
Vollmer, E., Ein Fall von Scharlach und Pemphigus 569.

Waelsch, L., Weitere Erfahrung über die Injektionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung 30.
Wagemann, Ein Fall von multiplen Melanosarkomen mit eigenartigen Komplikationen an beiden Augen 43.
Wagner, E. L. 410.
Waldek 334.
Waldo 212.
Walker, Georg, Die Elektrolyse als Heilmittel der chronisch glandulären Urethritis 406.
Walker, Norman 325.
Wallace 86.
Walsh, D., Pili moniliformes 297.
— Symmetrische Tophi 297.
— Über die Behandlung von ekzematösen, gichtischen, rheumatischen und anderen Leiden mittelst heißer Luft 455.
Walter 378.
Ward 531.
v. Wasielewski 316.
Wassermann 134. 309.
Weber, Trophische Störungen der Füße; ein Fall von asymmetrischer Sklerodaktylie mit Raynaudschen Erscheinungen 360.
Weber, O. 30.
Wegeli 408.
Weigert 8. 15. 30. 56. 96. 145. 253. 404.
Weil, E., Leukocytose bei Variola 314.
v. Weiss, Zur Pathologie der Kraurosis vulvae 90.
— Venerische und Hautkrankheiten 92.
— Zur Elektrotherapie der roten Nase 470.
— 25.
Welander, E., Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen 31.
— Einige Worte über die Mercolintschürze 91.
— 421. 458. 640.
Welcker 301.
Wells 158.
Welsford, Chinin-Hämoglobinurie 636.
Wende, G. W., Dermatitis vesico-bullosa et gangraenosa mutilans 213.
Wenge 113.
Wentscher 254.
Werler, Über Periurethritis blennorrhoica 91.
Werlhof 61.
Wermel, S. B., Über Niereninfarkte bei Neugeborenen 527.
Wertheim 167. 187.
Werther, J., Beitrag zur Behandlung des Lupus mittelst heißer Luft nach Hollaender; über einen handlichen Apparat dazu.
— Die Diagnose der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen beim Manne 167.
Westphal 39.
White, J. C., Ein Fall von Brocqs „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées“ 212.
— 201. 213. 428.
Whiteford, Ein Fall von extragenitalem Krimäraffekt des Augenlides bei einem Pinde 373.
Whiteheard 49. 226.

Whitfield, Infektiöser Follikulitis 299.
— Akne und Ekzema 429.
— 210.
Widal 270.
Wilks, Morbus Addisonii und Leukodermie 45.
Wilkinson 356.
Wilks 46.
Williams, C., Der Einfluſs der Varicocele auf die Geschlechtsfunktionen 153.
Williamson, G., Über das „Sphalangi"-Insekt und seine Beziehung zum Anthrax 463.
— 408.
Williamson, R. T., Die klinischen Formen und pathologische Anatomie der Rückenmarkssyphilis 419.
Willyheyer 299.
Wilms 148.
Wilson, A., Muttereindrücke (Sich versehen) im niederen Tierleben 482.
Wilson, E. 71. 73. 74.
Wilson, H., Ein Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes 583.
— 583.
Winckel 111. 112.
Wings 281.
Winkler, Die Elektrotherapie in der Dermatologie 91.
Winkler, F. und Jolles, Über die Beziehungen des Harneisens zum Bluteisen 636.
Winternitz, H. 86. 153. 262.
Winternitz, W., Heilung von Ekzemen im roten Sonnenlichte 455.
Wintersteiner 321.
Woit, O., Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anaesthetica 207. 450.
Wolf 307.
Wolff, C. F. 148.
Wolff, Infektionskrankheiten, deren Wesen, Verbreitung und Bekämpfung 40.
— 156.
Wolfer, F., Über die Häufigkeit des Vorkommens von Zucker im Harne der fettleibigen Menschen 638.
Wolfers, M., Sklerodermie 49.
Wolfers, M., Pediculosis 93.
— Scrofuloderma 325.
— Tuberkulose der Haut 324.
— Lupus 328.
— Primeldermatitis 272.
— 321. 349. 578.
Wood, E., Blennorrhoe in ihrer Beziehung zu den Adnexorganen des Mannes 216.
Wossidlo 157.
— und Kollmann, Modifiziertes Valentinesches Urethroskop 246.
Wunder, Versuche mit Jodosolvin 136.
Wyatt-Smith, Formalin bei Ulcus rodens 471.
Wyschinskaja 345.

Zambaco 112. 113.
Zarubin, V. J., Zur Histologie der Sklerodermia circumscripta 352.
— 440.
Zaudy, Zur prophylaktischen und kurativen Wirkung des Urotropin 161.
*Zechmeister, H., Tätowierung und Syphilis 226.
—* Beitrag zur Radiotherapie der Sykosis hyphogenes 329.
— und Matzenauer, Cystitis colli proliferans oedematosa 245.
Zeisler, J., Ein ungewöhnliches Syphilisphänomen 531.
v. Zeissl, Tripper 165.
— 283. 488. 496. 505.
Ziegelroth 367.
Ziehl 172.
Ziemssen 39. 463.
Zimmer 408.
Zittmann 487. 577. 591.
Zotos, Ein Beitrag zu den Harnröhrensteinen 99.
Zuckerkandl, O., Über Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsysteme 634.
— 101.
Zum-Busch 440.
Zweifel 112.

~~41C 1608~~ ~~44~~ 341

41C 1608